

תיאום וטיפול משולב לזקנים בקהילה

שרה אלון | ענת חקלאי חסט

מדריך
לאנשי
מקצוע

תיאום וטיפול משולב לזקנים בקהילה

מדריך לאנשי מקצוע

שרה אלון וענת חקלאי רוסט

חברי ועדת ההיגוי לפיילוט

דרור רותם
ניר קידר
רונית ניסנבוים
ענת חקלאי רוסט
הדסה השקס בן דוד
אורית שחר
אירית פישר רייף
ד"ר שרה אלון
ברנדה מורגנשטרן
אורנה בר
שרון אסיסקוביץ
נעמה רון
דליה רוזניק
צוות מאיירס-ג'וינט - מכון ברוקדיל
לריסה ראם
כלנית קיי
ד"ר זוריאן רדומיסלסקי

חברי ועדת יישום הטמעה

אורנה בר
רייצ'ל ברנר שלם
ד"ר אירית לקסר
עו"ס גידי פרץ
צפי הלל דיאמנט
גלית מבורך
דליה רוזניק
תמי דיסקין
סיגי אברבנל
אירית פישר רייף
הדסה השקס בן דוד
ד"ר שרה אלון

המדריך הופק בשיתוף אגף הקרנות המוסד לבטוח לאומי-קרן סיעוד
וג'וינט-אשל

כתיבה ועריכה מקצועית: שרה אלון
עריכת לשון: אלישבע מאי

עיצוב ועריכה גרפיקה: פנינה נחמיאס, הג'וינט
מנהל ההוצאה לאור: רן רובנר, הג'וינט

מדריך זה נכתב בלשון זכר ונקבה לחילופין והוא מיועד לשני המינים במידה שווה

© כל הזכויות שמורות לג'וינט-אשל

הודפס בגרפוס פרינט ירושלים, תשע"ט - 2019

תוכן העניינים

7	פתח דבר: יוסי היימן, מנכ"ל ג'וינט-אשל
9	מבוא
11	פרק 1:
	טיפול משולב בזקנים עם בעיות מורכבות המתגוררים בקהילה
11	רקע ורציונל
12	מהו טיפול משולב
15	התכנית לטיפול משולב בזקנים עם בעיות מורכבות בישראל
17	אוכלוסיית היעד
21	פרק 2:
	מודל התכנית לטיפול משולב בזקנים עם בעיות מורכבות המתגוררים בקהילה – מאפיינים, תפקידים ודרכי עבודה
21	צוות הטיפול המשולב
23	תפקידי המתאמים
27	פרק 3:
	שלבי ההתערבות
27	קבלת הפנייה
28	יצירת קשר ראשוני
28	תהליך האינטייק
33	שלבי תכנית ההתערבות
40	מדדי הצלחת ההתערבות ברמת הפרט
42	מספר מטופלים למתאם טיפול במשרה מלאה
43	פרק 4:
	הקמת צוות לטיפול משולב – תהליך כניסה ליישוב חדש
43	היערכות לקראת הקמת צוות הטיפול משולב
46	מדדים להצלחה בהטמעת התכנית לטיפול משולב
47	פרק 5:
	הכשרה והדרכה של מתאמי הטיפול
47	הכשרה בסיסית
49	סיכום

מקורות	51
נספחים	53
נספח מספר 1: טופס ויתור סודיות	53
נספח מספר 2: טופס הפניה	55
נספח מספר 3: טופס האינטייק	57
נספח מספר 4: טופס סיום טיפול	71
תרשימים	
תרשים מספר 1:	14
הפרספקטיבות המעצבות את המודל המשולב	
תרשים מספר 2:	23
הצוות לטיפול משולב וקשריו עם ארגונים בקהילה	
תרשים מספר 3:	27
תהליך ההתערבות	
תרשים מספר 4:	41
התערבות בשיתוף אנשי מקצוע בארגונים משיקים	
לוחות	
לוח מספר 1: קריטריונים לקבלת מטופל לתכנית	17
לוח מספר 2: סוג ההתערבות על פי מוקד הקושי	36

המדריך לטיפול משולב בזקנים עם בעיות מורכבות המתגוררים בקהילה מציג מודל עבודה ייחודי וחדשני אשר נועד להתמודד עם הפיצול הארגוני והמקצועי בין המערכות השונות המספקות שירותים לזקנים בישראל. ההשלכות הישירות של פיצול זה באות לידי ביטוי בחוסר תיאום בין קובעי המדיניות ובין הארגונים נותני השירות לבין אנשי המקצוע המטפלים, וכן לבזבז משאבים ולפגיעה באיכות הטיפול בזקנים.

"הטיפול המשולב" מהווה מנגנון המחבר ומשלב בין מערכת הבריאות למערכת הרווחה בכל הרמות: משרדי ממשלה, ארגונים חברתיים, קופות חולים ואנשי מקצוע מתחום העבודה הסוציאלית ומתחום הסיעוד. צוות התכנית כולל עובד סוציאלי ואחות אשר עובדים כיחידה משותפת ומטפלים יחד בזקנים הסובלים מבעיות בריאותיות וחברתיות והחסרים מערכות תמיכה משפחתיות.

מודל העבודה יושם כמיזם ניסיוני החל משנת 2014 בתקצוב ובליויי מקצועי של אגף הקרנות במוסד לביטוח לאומי וג'וינט אשל ובהשתתפות משרד הרווחה, שירותי בריאות כללית ועיריית אשקלון. המיזם לווה במחקר מלווה של מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. לאור ממצאי המחקר אשר הצביעו על תוצאות חיוביות של המיזם, הוחלט להרחיבו ולהוסיף את העיר ירושלים (דרום העיר), נתיבות והמועצה האזורית שדות נגב.

בשנת 2018 התקבלה החלטת ממשלה על הקצאת משאבים להרחבת התכנית לרשויות נוספות ברחבי הארץ. בימים אלה, משרדי הממשלה, ג'וינט אשל, קופות החולים והרשויות המקומיות, נערכים לתהליך ההרחבה וליישום התכנית על בסיס הפיילוט, ב-30 רשויות נוספות.

מדריך זה נועד לשמש את אנשי המקצוע בשירותי הרווחה ובקופות החולים כבסיס להפעלת התכנית ביישוב שלהם.

הידע העיוני המוצג במדריך נשען על תכניות שיושמו ונחקרו בארצות שיישמו את המודל האינטגרטיבי. הידע המקצועי והמעשי מתבסס על העשייה בפילוט, עבודתם וניסיונם של מתאמי הטיפול, השותפים במחלקות לשירותים חברתיים ובקופות החולים, התובנות של חברי ועדת ההיגוי המלווה וצוות המחקר של מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

תודה מיוחדת לדרור רותם, הדסה השקס בן-דוד ורונית ניסנבוים מג'וינט אשל, אורנה בר וברנדה מורגנשטרן מאגף הקרנות של המוסד לביטוח לאומי ולדליה רוזניק מהשירות לאזרחים ותיקים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, על תרומתם המשמעותית לפיתוח המודל בשלביו השונים.

יוסי היימן

מנכ"ל ג'וינט אשל

הארכת תוחלת החיים ומגמת ההזדקנות של האוכלוסייה מאפיינת ארצות מפותחות ומתועשות ברחבי העולם ובתוכן גם את מדינת ישראל. על פי התחזיות, מגמה זו רק תלך ותתרחב. שינויים דמוגרפיים אלה מציבים בפני קובעי המדיניות ואנשי המקצוע נותני השירותים אתגר משותף - מתן מענים מגוונים ומותאמים לאוכלוסיית הזקנים ובני משפחותיהם בכלל ולאוכלוסיות יעד ייחודיות בפרט.

הארכת תוחלת החיים המבורכת מביאה עמה לא אחת גם עלייה בתחלואה וקושי בתפקוד. הידרדרות במצב הבריאותי, התפקודי והקוגניטיבי של האדם הזקן מצריכה סיוע במגוון תחומים האמורים להינתן הן על ידי אנשי מקצוע בשירותים השונים והן על ידי בני משפחה. ואמנם, בעשורים האחרונים חלה התפתחות מואצת של שירותים לזקנים בתחום הבריאות והרווחה, השונים זה מזה בהיקפם, בפריסתם ובתחומי מומחיותם והמפוצלים בין משרדי הממשלה מבחינת תחומי אחריותם, סדרי העדיפויות שלהם, שיטת התקצוב וכיו"ב. כתוצאה מכך, לא פעם אנו עדים לחוסר תיאום בין השירותים, חוסר שוויוניות מבחינת היקפם, זמינותם ואיכותם. הפיצול המבני והבירוקרטיה הסבוכה מקשים על הזקנים ועל בני משפחותיהם להתמצא במערכות השונות. הם אינם יודעים לאן ולמי לפנות בשעת משבר ומצוקה ולפיכך, עלולים שלא למצות זכויות המגיעות להם ולא לקבל שירותים שהם זכאים להם. במקביל, אנשי מקצוע מצביעים על קושי לספק טיפול כוללני וטיפול הממוקד בלקוח והתוצאה - תת-שימוש או שימוש יתר בשירותים, בזבז משאבים וחוסר יעילות. סוגיה זו מתעוררת במלוא עוצמתה כאשר מדובר בזקנים עם בעיות מורכבות ועם צרכים מרובים.

במספר מדינות בעולם נעשה ניסיון להתמודד עם סוגיות אלה. מודל הטיפול המשולב נתפס כפתרון יעיל ומועיל לדרישה הגוברת למתן טיפול מיטבי לאדם, תוך השגת תוצאות מיטביות. בארץ, יושם המודל כמיזם ניסיוני של אשל-ג'וינט ישראל, המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, משרד הרווחה וקופות החולים והוא הופעל בארבע רשויות. בתחילת שנת 2018 התקבלה החלטת ממשלה בעניין הטמעת המודל ברחבי הארץ, החל משנת 2019, במסגרת הרפורמה בסיעוד.

המדריך המוגש לכם בזאת מיועד לסייע לרשויות המקומיות, לארגונים מספיק שירותים לזקנים, למנהלים ולאנשי מקצוע אשר עתידים ליישם את המודל לטיפול משולב בזקנים עם בעיות מורכבות בקהילה. המדריך מתבסס על הידע העיוני והמחקרי בעולם ועל הידע המעשי שהצטבר במהלך המיזם, שהופעל בשנים האחרונות. המדריך מציג את העקרונות, מודל העבודה, דרכי הפעולה, את תפקידם של מתאמי הטיפול ותהליך הכניסה ליישוב חדש.

המדריך כולל חמישה פרקים: הפרק הראשון פותח ברקע וברציונל לפיתוח המודל וליישומו בקהילה. בתוך כך מוצגות הגדרת המושג "טיפול משולב" ושיטת

העבודה של "תיאום טיפול". מטרת המודל המשולב ויעדיו ואוכלוסיית היעד לטיפול מפורטים בהמשך. הפרק השני מציג את היחידה לטיפול משולב, כפי שהיא מיושמת ברמת היישוב, צוות העובדים - מתאמי הטיפול, תפקידים ועקרונות הפעלה. הפרק השלישי מתאר את מודל ההתערבות: ההפניה לטיפול, תהליך האינטייק, תכנון ההתערבות וביצוע תכנית העבודה. הפרק הרביעי מתאר את תהליך הכניסה ליישוב חדש והפרק החמישי מפרט את הנושאים ואת התכנים המומלצים להכשרת צוות המתאמים. בסוף המדריך מוצגים הטפסים השונים אשר נמצאים בשימוש הצוות לטיפול משולב.

הטמעת שירות חדש מלווה בתהליכים הדורשים ידע, מיומנויות ונכונות להתמודד עם אתגרים. אנו תקווה, כי מדריך זה ישרת את מנהלי הארגונים ואת אנשי המקצוע בשדה בעת יישום מודל העבודה.

פרק 1 -

טיפול משולב בזקנים עם בעיות מורכבות המתגוררים בקהילה

רקע ורציונל

הארכת תוחלת החיים מביאה לגידול ניכר באוכלוסיית הזקנים. בשנת 2016 מנתה אוכלוסיית הזקנים בישראל כמיליון איש, שהם 11.3% מכלל האוכלוסייה. מרבית הזקנים (98%) מתגוררים בקהילה. לפי תחזיות האוכלוסייה, אחוז הזקנים מכלל האוכלוסייה עשוי לגדול בשנת 2020 ל-12% ובשנת 2035 ל-15%. מאפיינים דמוגרפיים נוספים הראויים לציון מצביעים, כי בני ה-80+ מהווים 25.5% מכלל הזקנים; רבע (23%) מהזקנים עלו לארץ מאז שנות ה-90 של המאה הקודמת, מרביתם ממדינות חבר העמים לשעבר; תחולת העוני בקרב אוכלוסיית בני ה-65 ומעלה מגיעה ל-22%; 15% מכלל בני ה-65+ מדווחים על תחושת בדידות שהם חשים לעיתים קרובות (הזקנים בישראל, 2017). קבוצות אוכלוסייה אלה נמנות בין האוכלוסיות הפגיעות ביותר.

הזדקנות האוכלוסייה מביאה עמה עלייה במספר האנשים הסובלים ממחלות כרוניות וממוגבלות. מספר הזקנים עם מוגבלות נאמד בכ-130,000 נפש, שהם 14% מקרב אוכלוסיית הזקנים המתגוררים בקהילה. אחוז זה עולה עם הגיל. 16.2% מהזקנים זכאים לשירותים מתוקף חוק ביטוח סיעוד (1988). הידרדרות במצב הבריאותי, התפקודי והקוגניטיבי של האדם הזקן מצריכה סיוע הניתן על ידי השירותים המקצועיים בתחום הבריאות והרווחה. כך למשל, בעת איסוף הנתונים נמצא, כי שיעור השימוש של הזקנים בשירותי הבריאות גבוה: 93% מכלל הזקנים ביקרו אצל רופא המשפחה, 66% ביקרו אצל רופא מומחה ו-22% היו מאושפזים בבתי חולים, בהשוואה ל-15% אצל קבוצות גיל צעירות יותר (הזקנים בישראל, 2017).

אוכלוסיית הזקנים צורכת גם שירותים חברתיים. 30.2% מכלל הזקנים רשומים במחלקות לשירותים חברתיים. חלקם מקבלים שירותי חוק סיעוד, מבקרים במרכזי יום, חברים בקהילות תומכות ונהנים משירותים מגוונים נוספים. עם זאת, עיקר נטל הטיפול מוטל על בני המשפחה (בני/בנות זוג וצאצאים בוגרים) (ברודסקי, רזניצקי, וסיטרון, 2011; ברג-ורמן, רזניצקי, וברודסקי, 2018; שדמון-אזרד, רזניצקי, לרון, וברודסקי, 2018). בהקשר זה חשוב להזכיר מאפיינים ושינויים במבנה המשפחה ובתפקידיה: עלייה בגיל הנישואין, עלייה בשיעור הגירושין, מספר הדורות במשפחה גדל לארבעה ואף לחמישה דורות, כניסת נשים למעגל העבודה

והצורך להיעזר בארגונים ובשירותים לחינוך הצאצאים ולטיפול בבני המשפחה הנזקקים לכך. בני המשפחה המבוגרים, העסוקים עדיין בגידול ובסיוע לילדיהם ובבניית הקריירה המקצועית, נדרשים לא אחת גם לטפל בהוריהם המזדקנים. ואכן, הנתונים מצביעים על גידול במספר בני משפחה המשמשים כמטפלים עיקריים, חלקם כאלה שכבר עברו את גיל ה-65. כך למשל, 37% מקרב אוכלוסיית הזקנים עוזרים להוריהם או להורי בני זוגם (הזקנים בישראל, 2017).

לאור הגידול המשמעותי במספר הזקנים בכלל, והזקנים הפגיעים בפרט, ניצבת כיום מדינת ישראל, כמו מדינות נוספות בעולם, בפני האתגר הגדול של מתן אפשרות לאדם להזדקן בביתו ובסביבתו הטבעית ובאיכות חיים הולמת.

במהלך העשורים האחרונים פותחו בישראל שירותים בתחום הבריאות והרווחה הנותנים מענה לצרכיהם של הזקנים, ביניהם גם כאלה עם מוגבלות בריאותית, תפקודית, קוגניטיבית וחברתית המתגוררים בקהילה. זאת, מתוך כוונה ליצור רצף טיפולי ולשפר את איכות חייהם ואת איכות השירותים המסופקים להם.

במקביל, חלה התפתחות גם בשירותי הבריאות של קופות החולים בקהילה. פותחו שירותי רפואה ראשונית, יחידות לטיפול בית הנותנות מענה לזקנים שבריריים (Frail) ברמות שונות של מוגבלות תפקודית המרותקים לביתם. השירותים גם מכוונים לשמירה על רצף הטיפול לאחר אשפוז בבתי חולים.

למרות ההתפתחות המשמעותית בשירותי הרווחה והבריאות לזקנים בישראל, כאמור, קיים פיצול רב במערכות השירותים. הפיצול בא לידי ביטוי ברמת המדיניות, בפיצול מבני בין המשרדים ותחומי אחריותם, בפיצול מבחינת עקרונות הטיפול ופיצול מבחינת הפריסה הגיאוגרפית. חוסר התיאום בין השירותים השונים גורם לבזבז משאבים, לניצול יתר של שירותים מסוימים לצד תת-ניצול של משאבים אחרים, לסרבול רב ולקושי של הזקנים ובני המשפחה לקבל מידע למי עליהם לפנות בשעת מצוקה ומשבר. לכל אלה השלכה ישירה על האפשרויות של האדם הזקן ובני משפחתו לממש את זכויותיהם ולקבל שירות מותאם לצרכים הכוללים.

סוגיית הפיצול במערכת השירותים מעסיקה את מעצבי המדיניות בארץ ובעולם. לאור זאת, פותחו בעולם מודלים שונים המנסים להתמודד עם סוגיה זו והשלכותיה, כאשר אחד מהם, שהוכח כמועיל, הוא הטיפול המשולב בקהילה (Kodner, 2002).

מהו טיפול משולב

הגדרה: טיפול משולב הוא **מנגנון** המחבר בין **תשומות של משאבים ופעולות, רכיבים מינהליים וארגוניים ואספקת שירותים של מערכת הבריאות** (הראשונית והאקוטית) ומערכת **שירותי הרווחה**. כל זאת, כאמצעי לשיפור הנגישות ואיכות הטיפול ולהגברת היעילות.

המטרה: לאזן, לשמר ו/או לשפר את מצב האדם (מבחינה בריאותית, תפקודית וחברתית) ואת איכות חייו ולהגביר את שביעות רצונו (Grone, & Garcia-Barbero, 2001).

קודנר (Kodner, 2002) מציג הגדרה דומה וטוען כי הטיפול המשולב הוא מערך עקבי ושלם של מודלים ושיטות הנוגעות לתקצוב, לניהול, לארגון ולאספקת שירותי טיפול שעוצבו כדי להבטיח שיתוף פעולה בתוך ובין הסקטורים של הריפוי (Cure) והטיפול המתמשך (Care) וכדי להבטיח המשכיות במטרה להעמיק ולחזק את איכות הטיפול, לשפר את איכות חיי האדם ושביעות רצונו ולייעל את המערכת.

ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2016) מגדיר טיפול המשולב כ"שירות משולב לחיזוק מערכת בריאות הממוקדת לקוח, באמצעות אספקת שירותים איכותיים וכוללניים, המעוצבים כמענה לצרכים המגוונים של הפרט לאורך חייו ושל כלל הציבור ומספקים על ידי צוות רב-מקצועי מכלל המערכות, שעובד יחד ובאופן מתואם".

ארגון הבריאות העולמי מוסיף ומציין, כי יש לבחון את המושג "טיפול משולב" מנקודות המבט השונות של קובעי המדיניות, הרגולטור, ספקי השירות והדרג הניהולי, איש המקצוע המטפל, צרכן השירות והקהילה בכללותה, המעצבות את ייחודיות המודל, כמפורט להלן:

נקודת המבט של קובעי המדיניות: המודל מתמקד בעיצוב מדיניות ונהלים, הסדרי תקצוב, פיתוח מערכת טיפולית הולמת עם סטנדרטים איכותיים, תומך בהערכה כוללת ומייצר הזדמנויות עבור המערכות המטפלות.

הרגולטור רואה במודל הטיפול המשולב ספק מידע על נותני השירותים, אמצעי לניטור תהליכי שיתופי פעולה ובחינה של ליקויים וחסרים ברצף הטיפול.

ספקי השירות מתמקדים בתיאום בין השירותים הנדרשים במסגרת גבולות האחריות הארגונית והמערכתית.

מנהל השירות מתמקד ביצירת התרבות הארגונית והערכית וביצירת הזדמנויות לאיגום משאבים. מבחינתו, השירות המשולב מאפשר ניסוח מטרות משותפות, בניית תשתית ליחסי גומלין בין השותפים (ברמה ארגונית, מקצועית ואישית) וניהול העובדים.

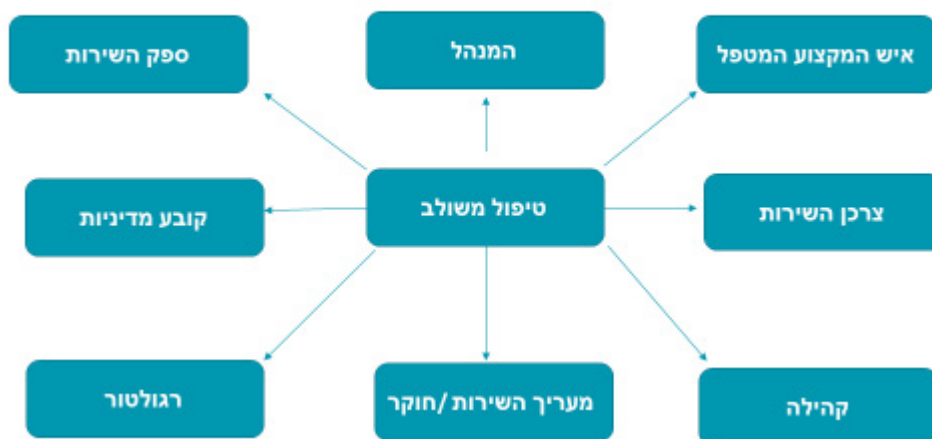
איש המקצוע, מתאם הטיפול: המודל מאפשר סינגור וייצוג של המטופל, צרכן השירות, בפני מערכת הבריאות והרווחה, תוך תיאום ותכלול השירותים המסופקים.

צרכן השירות: הטיפול המשולב מאפשר לו נגישות גבוהה יותר לשירותים, מימוש זכויות והתנהלות מול ספקי השירותים למיניהם.

הקהילה: הטיפול המשולב מאפשר עיצוב השירותים ברמה המקומית.

תרשים מספר 1 מתאר את הפרספקטיבות השונות של כלל המעורבים במודל לטיפול משולב.

פרספקטיבות המעצבות את המודל המשולב



מן הכתוב לעיל אנו למדים, כי הטיפול המשולב הוא **מנגנון** או **שירות המחבר** בין מערכות הבריאות (הראשונית, האקוטית והמורכבת) לבין המערכות של השירותים החברתיים. זאת, כדי לשפר תוצאות ברמה המערכתית (איגום משאבים ויעילות) וברמת הלקוח ובני משפחתו (איזון המצב, שיפור ו/או שימור במצב האדם הזקן והגברת שביעות רצונם). הדבר מתבצע באמצעות שיטת עבודה (מתודה) של

תיאום טיפול.

תיאום טיפול הוא, אם כך, **שיטה** למתן שירות שבה איש/אנשי המקצוע מעריך/ים את הצרכים של המטופל, מארגנים, מתאמים באופן אפקטיבי את המשאבים והשירותים, מנטרים ביצוע המשימות ואף מסנגרים על הלקוחות בפני הגורמים המקצועיים, למיציא זכויות ולהתאמת מערך הטיפול המתאים ביותר, כמענה לצרכים המורכבים והמגוונים של הלקוחות.

מתאמי הטיפול ביחידה לטיפול משולב הם אחות ועובד סוציאלי, העובדים יחד ומבצעים למעשה את השילוב בין המערכות כאשר הם מאבחנים ומעריכים את מצבו של הלקוח המטופל, בונים תכנית התערבות כוללת בשיתוף עם נותני השירותים בקהילה ובשיתוף עם הלקוח, מיישמים אותה ומייצגים את צרכיו של הלקוח כלפי הארגונים ספקי השירותים.

מודל הטיפול המשולב מתבסס על ההנחה, כי אספקת מגוון שירותים המותאמים אישית ומונגשים לאדם הזקן על ידי גורם מרכזי מתכלל ("מתאם הטיפול"), מאפשרת לזקנים מוגבלים למצות את זכויותיהם ולהמשיך לחיות בביתם בקהילה ובאיכות חיים טובה ככל שניתן (Goodwin, Dixon, Anderson & Wodchis, 2014).

השילוב בין המערכות לבין הפרופסיות יוצר סינרגיה בין החלקים השונים בתוך מערכות הבריאות (בית החולים, מרפאה ראשונית, מרפאה מומחית) לבין השירותים החברתיים והארגונים ספקי השירות בקהילה. זאת, כדי לקדם יעילות מערכתית, איכות טיפול, איכות חיים ושביעות רצון של הלקוח ובמיוחד של לקוחות עם ריבוי בעיות מורכבות.

לסיכום, הטיפול המשולב הוא:

- מנגנון המתמקד בשילוב ארגוני, תקציבי ומקצועי (טיפול) בתחום הבריאות והרווחה.
- מתמקד באוכלוסייה עם ריבוי בעיות ברמת הפרט, המשפחה והקהילה, או כאלה שאין להם בעיות מרובות, אך הן מורכבות.
- מודל המיושם בקהילה.
- תוצאות ההתערבות ממוקדות בחוויית הלקוח המטופל ובמידת השינוי ברמת תפקודו, תוך מתן שירות איכותי.

התכנית לטיפול משולב בזקנים עם בעיות מורכבות בישראל

מטרות התכנית ויעדיה יפורטו להלן על פי תיאוריית השינוי ובהתייחס לרמת החברה, רמת הארגון ורמת הפרט.

רמת החברה

מטרה

הטמעת שינוי מבני ומקצועי במערך שירותי הבריאות והרווחה המסופקים לזקנים עם בעיות מורכבות.

יעדים

- ביסוס וחיזוק שיתופי הפעולה בין מערכות הבריאות והרווחה.
- יצירת שינוי בתפיסות מערכתיות ומקצועיות.
- הבטחת אספקת שירותים מותאמים, הניתנים לזקן עם בעיות מורכבות ומשפחתו.

מדדים להצלחה

- קיום מנגנון להסדרת שיתופי הפעולה.
- קיום קשר שוטף בין קובעי המדיניות, בינם לבין עצמם וקשר בין הנהלות הארגונים המספקים שירות עם קובעי המדיניות ובינם לבין עצמם.
- שביעות רצון של קובעי המדיניות ושל ספקי השירותים לזקנים.

רמת הארגונים בקהילה

מטרה

הטמעת מודל עבודה חדשני, המשלב בין מערכת הבריאות למערכת הרווחה בקהילה.

יעדים

- חיזוק שיתופי הפעולה בין הגופים והארגונים המספקים שירותים לזקן עם בעיות מורכבות המתגורר בקהילה.
- יצירת שינוי בתפיסות מקצועיות ובדפוסי עבודה בארגון על ידי שילוב בין אנשי מקצוע מכרופסיות שונות (סיעוד ועבודה סוציאלית), המייצגים ארגונים שונים.
- הבטחת רצף השירותים בקהילה לזקן עם בעיות מורכבות ומשפחתו.

מדדים להצלחה

- מספר מטופלים ומספר סיומי טיפול.
- קיום קשר שוטף עם ארגונים ועם נותני שירות לזקנים בקהילה.
- איגום משאבים.
- שביעות הרצון של המטופלים ובני משפחתם.
- שביעות הרצון של נותני השירותים.

רמת הפרט

מטרה

השגת איזון ו/או שימור או שיפור במצבו של הזקן עם בעיות מורכבות והבטחת המשך הישארותו בבית ובקהילה.

יעדים

- חיזוק מערכות התמיכה הפורמליות והבלתי פורמליות של האדם הזקן עם בעיות מורכבות.
- יישום תכנית התערבות המותאמת אישית לצרכיו של הזקן עם הבעיות המורכבות באמצעות אספקת מגוון מענים ושירותים.
- הקלה על הליכים בירוקרטיים ומימוש זכויות עבור הזקן ומשפחתו והקטנת זמן התגובה של המערכות המטפלות מרגע פנייה לסיוע של הזקן ו/או בן משפחתו.

מדדים להצלחה

- השגת שיפור או איזון במצב המטופל.
- הרחבת רשת התמיכה הפורמלית של האדם הזקן (המטופל).
- עלייה בצריכת השירותים על ידי המטופלים.
- עלייה במיצוי זכויות של המטופלים.
- הרחבת רשת התמיכה הבלתי פורמלית של האדם הזקן (המטופל).
- הרחבת רשת התמיכה הפורמלית של בני המשפחה.

אוכלוסיית היעד

זקנים (כהגדרתם בחוק הביטוח הלאומי, תש"ן, 1989), המתגוררים בקהילה וסובלים מריבוי בעיות בריאותיות, תפקודיות וסוציאליות, ללא רשת תמיכה משפחתית ו/או חברתית, המוכרים או לא מוכרים לנוותי השירותים, כאלה שאינם מקבלים את הטיפול הדרוש בשל חוסר היענות, בעלי קשיי נגישות פיזית ו/או קשיי נגישות שפתית (אינם דוברים את השפה), או בשל פערים תרבותיים.

תנאי לכניסה למערך הטיפול: הבעת הסכמה לקבל טיפול על ידי צוות הטיפול המשולב.

הקריטריונים לקבלת מטופלים במסגרת התכנית לטיפול משולב וכפי שנקבעו על ידי הוועדה הבין-משרדית מוצגים בלוח מספר 1.

לוח מספר 1: קריטריונים לקבלת מטופל לתכנית

מצב תפקודי	ירידה משמעותית בתפקוד	ניקוד
	מגבלה בשני תפקודי ADL לכחות	1 נקודות
	קבלת גמלת סיעוד פעם ראשונה בדירוג 5-6	1 נקודות
מצב רפואי	אי-יציבות רפואית	ניקוד
	אבחנה חדשה של דמנציה בחודש האחרון	1 נקודות
	הופעת הפרעות התנהגותיות בחודש האחרון	1 נקודות
	מעל שני אשפוזים והגעה למיון פעמיים בחצי השנה האחרונה	1 נקודות

מצב סוציאלי	מערכת תמיכה	ניקוד
	עריריות - אין משפחה קרובה	1 נקודות
	חי עם בן משפחה עם צרכים מיוחדים	1 נקודות
	הזנחה ו/או התעללות על ידי בן משפחה או אחר במחצית השנה האחרונה (חסך בצרכים בסיסיים או שירותים חיוניים לזקן ופגיעה פיזית, מינית וכלכלית)	1 נקודות
	הזנחה עצמית (הימנעות מטיפול רפואי, מאכילה ומרחצה ואי-שמירה על מצב היגייני של הזקן ושל הדירה)	1 נקודות
	עומס רב על מערכת התמיכה	1 נקודות
גיל	אדם מעל גיל 90 יקבל ניקוד נוסף	1 נקודות

אדם שיצבור שלוש נקודות או יותר בשתי קטגוריות לכחות מהקטגוריות הבאות: מצב תפקודי, מצב רפואי, מצב סוציאלי - יטופל על ידי צוות הטיפול המשולב.

מקורות להפניה ו/או לאיתור אוכלוסיית היעד

אוכלוסיית היעד מופנית לתכנית על ידי אנשי מקצוע מטפלים בארגונים השונים:

מערכת הבריאות

קופות חולים

- מטופלים זקנים המוגדרים כ"שביריים" (Frail).
- מטופלים שלא ביקרו מעל חצי שנה במרפאה.
- מטופלים אשר "אינם נענים לטיפול".
- מטופלים המוגדרים כ"לקוחות מתמידים" במרפאות.
- מטופלים ללא מערכת תמיכה משפחתית.
- מרותקי בית שאינם מקבלים טיפול מהיחידות להמשך טיפול (פעמים רבות בשל היעדר מטפל עיקרי).
- מטופלים שנדחו מחוק סיעוד מספר פעמים.

בתי חולים

- זקנים לאחר אשפוזים חוזרים, או לאחר אירוע משברי.
- זקנים ללא משפחה.

המערכת החברתית

המוסד לביטוח לאומי

- זכאי חוק הסיעוד.
- נדחי חוק סיעוד ובעיקר כאלו שהגישו בקשה לחוק סיעוד מספר פעמים ונדחו.

מחלקות הרווחה

- זקנים המוכרים במחלקות הרווחה עם בעיות סוציאליות ובריאותיות מורכבות.
- זקנים במשבר רפואי חריף (אקוטי).
- זקנים במשבר אישי המתקשים בהתמודדות עם המצב.
- זקנים ללא מערכת תמיכה משפחתית.
- זקנים הזקוקים להנגשת שירותים בריאותיים.
- זקנים שהם קורבנות להתעללות והזנחה.

פרק 2 -

מודל התכנית לטיפול משולב בזקנים עם בעיות מורכבות המתגוררים בקהילה - מאפיינים, תפקידים ודרכי עבודה

צוות הטיפול המשולב

הנחת היסוד בבסיס התכנית היא, כי קיים פיצול בין מערכות השירותים לזקנים בישראל ולעיתים קרובות אספקת השירותים אינה מתואמת ואינה מותאמת לצרכיו של הזקן. כתוצאה מכך, נפגעת יעילות הטיפול בזקן ואיכות הטיפול. צוות הטיפול המשולב בזקן משמש **מנגנון** המשלב בין מערכת הבריאות למערכת הרווחה ומספק שירותים מותאמים לזקנים עם בעיות מורכבות החיים בקהילה.

בצוות הטיפול המשולב עובדים שני אנשי מקצוע מתחומים שונים: אחות ועובד סוציאלי, המשמשים כמתאמי טיפול לזקנים המטופלים. בחלק מהישובים יועסק גם כח אדם מינהלי - מלווה.

האחות: בעלת ידע בתחום הבריאות, עם היכרות עמוקה של המערכת הרפואית ועם נגישות לאנשי המקצוע הרפואיים והפרא-רפואיים בקהילה. כחלק מהכשרתה ומהתמקצעותה, היא בעלת יכולת לראות את האדם בסביבתו הקרובה ולהתייחס אליו בראייה כוללת. בהיותה עובדת קופת חולים, ביכולתה לתאם בין השירותים השונים ולתווך לזקן שירותים הניתנים גם על ידי קופת החולים וגם על ידי מערכת הבריאות.

העובד הסוציאלי: אמן על רווחתו הכוללת של האדם ועל איכות חייו. בעל ידע והיכרות עם המערכות הסוציאליות, עם דרכי הנגישות לשירותים החברתיים הפורמליים והבלתי פורמליים בקהילה, בעל ידע ויכולת לנהל התערבויות כוללניות ומערכתיות. העובד הסוציאלי מטפל באדם הזקן תוך התייחסות לסביבתו הטבעית (משפחה, קהילה), המשמשים עבור הזקן משאב חשוב.

השילוב בין שתי הדיסציפלינות בצוות אחד מייצר עבודת צוות רב-מקצועי עם מומחיות בתחום הבריאותי, הסיעודי, התפקודי והסוציאלי, הפועל יחד למען הזקן. תהליך העבודה המשותף יוצר שפה משותפת ומצמצם פערים

של אי-הבנה וחוסר ידע בתחום המקצועות הייחודיים. העבודה המשותפת של שני בעלי מקצוע אלה עשויה לחזק את ההיענות של הזקן ו/או של משפחתו לטיפול (בין אם לטיפול רפואי נדרש או לטיפול סוציאלי). מתאם הטיפול יוצר קשר עם המטופל, מבסס אמון כדי לקדם את הנכונות לשיתוף פעולה ולביצוע המשימות הנדרשות. בנוסף לכך, צוות היחידה משמש גם מודל לעבודה המשותפת בין ארגוני הבריאות והרווחה עמם עובדים מתאמי הטיפול.

במקומות שבהם יתווסף כוח אדם מנהלי, הדבר יסייע בידי אנשי המקצוע בתיאום טלפוני, באיסוף מסמכים הנוגעים למטופל, ועוד.

מתאם הטיפול עוסק ב**קואורדינציה (coordination)** - תיאום בין הארגונים ונותני השירותים. הוא גם עוסק ביצירת **שותפות (cooperation)** אשר נועדה לקדם את אספקת השירותים לטובת הלקוח (החלפת מידע, שיתוף בקבלת החלטות וביצוע המשימות). שיאו של תהליך השיתוף והתיאום בין צוות הטיפול המשולב בזקן לבין שותפיה העיקריים - מערכות הרווחה והבריאות, יבוא לידי ביטוי בתוצאה - **ביסוס דפוסים של שיתופי פעולה (collaboration)**, שאליהם הצוות שואף להגיע. התקווה ליצור שיתוף פעולה לטווח הארוך, עם מטרות משותפות והבנה של תרומתו של כל ארגון לטובת הזקן. בכך ניתן יהיה להשיג את המרב בתיאום הטיפול למען הזקן.

ככלל, הצוות לטיפול משולב **אינו אמור להחליף שירותים קיימים בקהילה**. הצוות יוצר, כאמור:

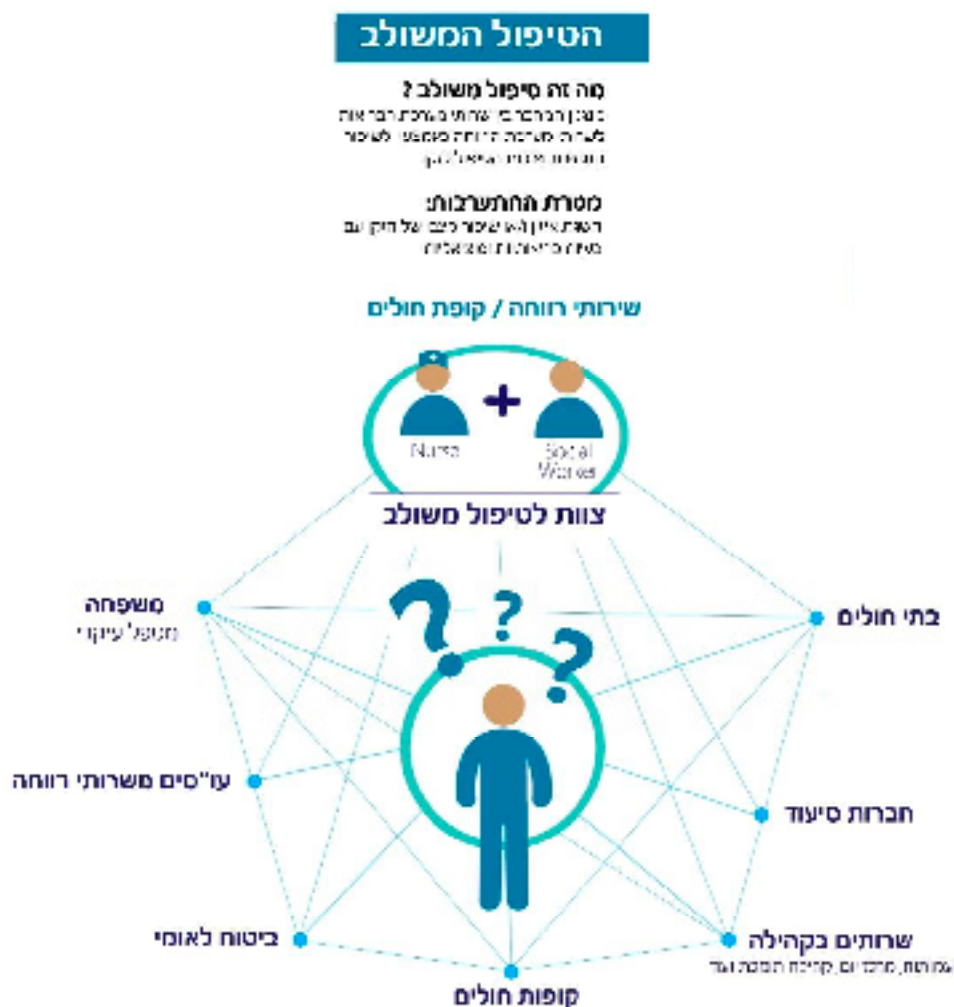
- שילוב בין שירותי הרווחה והבריאות.
- חיזוק השותפויות עם השירותים השותפים לטיפול בזקן.
- תיאום בין כל השירותים לזקן ברמת השדה ותיאום ברמת מקבלי ההחלטות.

כל זאת, באמצעות שיטת ניהול ותיאום הטיפול (case management), המכוונת לאדם הזקן וממוקדת בצרכיו הייחודיים (Tailoring).

ניהול טיפול (Case Management): שיטת עבודה שבה איש המקצוע מעריך את צורכי הלקוח, מארגן, מתאם, מנטר, מנגיש ומסנגר כדי להתאים את מערך הטיפול המתאים ביותר כמענה לצרכים המורכבים. השיטה מכוונת למציאת פתרון כוללני ללקוח, בטיפול ובלייווי מקצועי ורב-תחומי לאדם הזקוק לשירות. בפועל, מדובר בריכוז כל הפעולות הדרושות למטופל בידי גורם מקצועי, המטפל בכל צרכיו של מקבל השירות. תכנית הטיפול המקצועית נבנית בשיתוף עם האדם ומשפחתו, אנשי מקצוע שונים וגורמים נוספים המעורבים בה.

תיאום טיפול (coordination): שיטת עבודה העוסקת בתיאום ובהבטחת קבלת סיוע ומענה לצרכים המרובים והמורכבים של הלקוח, תוך שמירה על המשכיות ורציפות המענים.

תרשים מספר 2: הצוות לטיפול משולב וקשריו עם ארגונים בקהילה



תפקידי המתאמים

הצוות לתיאום ולטיפול משולב מתמקד בהתערבות אינטנסיבית המתבצעת לפרק זמן מוגדר ומוגבל עם זקנים בקהילה.

הצוות כולל שני מתאמי טיפול: עובד סוציאלי ואחות. עבודתם מתבססת על תהליך של מיפוי, הערכה ואבחון, תכנון מפת הטיפול והתערבות מותאמת אישית לזקן. זאת, כפועל יוצא מהידע המקצועי בכל תחום. מתאמי הטיפול פועלים במשותף ובאופן מתואם להערכת צורכי הזקן, לתיאום ולהנגשת השירותים מתחום הבריאות והרווחה, תוך כדי שמירה על הרצף בתחומים אלה.

מטרת ההתערבות של מתאמי הטיפול: זקנים עם בעיות מורכבות בתחום הרפואי, תפקודי וסוציאלי ובני משפחותיהם ימשיכו לחיות בקהילה באופן מיטבי ועם מכלול שירותים מונגשים בתחומי הרווחה והבריאות.

ההשתייכות הארגונית של המתאמים: האחות שייכת לצוות העובדים בקופת חולים. למרות זאת, השאיפה היא, כי שני מתאמי הטיפול יפעלו במסגרת המחלקה לשירותים חברתיים וישולבו במערך המדור/מחלקה לאזרחים ותיקים, כאשר האחות מסייעת בקיום קשר מקצועי עם גורמי מערכת הבריאות וכן באיסוף מידע, תיווך ותיאום למיצוי השירותים.

היקפי הפעילות: מתאמי הטיפול יתמקדו בפעילות ברמה המערכתית-קהילתית, ברמת הארגון וברמת הפרט, כמפורט להלן:

תפקיד המתאמים ברמה היישוב

- מיפוי השירותים הקיימים בתחום הרווחה והבריאות.
- בניית שיתופי פעולה עם בעלי תפקיד רלוונטיים בשירותים השונים בקהילה (שירותי בריאות ושירותים חברתיים נוספים המעניקים מענים לאזרחים ותיקים) ויצירת תיאום ורצף טיפולי ביניהם.
- קיום מפגש חשיפה והשקת התכנית לארגונים ולשירותים בקהילה.
- שיווק השירות באמצעות מערך מידע שיונגש לאזרחים ותיקים ולשירותים השונים (מרכזי יום, מועדונים חברתיים, מועדוני מופ"ת, קהילות תומכות, קופות חולים, בתי חולים, ביטוח לאומי, חברות סיעוד, ועוד).

תפקיד המתאמים ברמת הארגון (המחלקה לשירותים חברתיים, קופת החולים)

- שיווק התכנית ומודל העבודה לתיאום טיפול משולב לכלל העובדים במחלקה לשירותים חברתיים וגיוס העובדים הסוציאליים במדור לאזרח הוותיק. שיווק התכנית לצוות הסיעודי והרפואי במחוזות קופות החולים, בסניפי הקופות ובבתי חולים.

- בניית שיתופי פעולה עם העובדים הסוציאליים במדור לאזרח הוותיק וקביעת דרכי עבודה משותפות עם ראשי המינהלות בקופות, עם צוותים במרפאות האם של קופת חולים, כולל רופאי משפחה, מנהלות סיעוד, אחיות ועובדים סוציאליים של קופת חולים, צוותי משרד ומינהל בסניפים. כמו כן, היכרות עם מרפאות מייעצות: יחידות גריאטריות, מרפאות אי-ספיקת לב, פצעים, פסיכיאטריה, ועוד.

תפקיד המתאמים ברמת הפרט

- קבלת ההפניות ומיון ראשוני לקביעת התאמתם של המופנים/פונים להתערבות במסגרת התכנית.
- זיהוי ואבחון צרכים ביו-פסיכו-סוציאליים של זקנים עם בעיות מורכבות באמצעות ביקור בית משותף של אחות ועובד סוציאלי; אבחון; קביעת מטרת ההתערבות; ביצוע ההתערבות על פי המשימות שנקבעו ותוך חלוקת תפקידים וחלוקת אחריות בין שני המתאמים; מעקב; סיום טיפול ופרידה. בפרק הבא (3), העוסק בשלבי ההתערבות, יפורטו תפקידי המתאמים.

תפקיד המלווה - כוח אדם מינהלי

כאמור, במקומות מסוימים ישולב מלווה (כוח אדם מנהלי), שתפקידו:

- קבלת הפניות ותייעודן.
- קבלת שיחות טלפון וביצוע שיחות לכי הנדרש.
- איסוף וריכוז מסמכים.
- תיאום פגישות; תיאום תורים.
- ליווי מטופלים ללא מערכת תמיכה למסגרות השונות.
- תיעוד והזנת המידע במערכת הממוחשבת.

טווח הזמן: מתאמי הטיפול יקיימו קשר טיפולי עם האזרח הוותיק במשך שישה חודשים בממוצע. לאחר מכן יתקיים דיון ותתקבל החלטה על העברת המשך הטיפול לגורמים המטפלים בקהילה.

החלטה על סיום הטיפול: במצבים של חוסר היענות ושיתוף פעולה של הזקן עם מתאמי הטיפול ולאחר ניסיונות חוזרים מצדם, תתקבל החלטה על סיום הטיפול. ההחלטה תתקבל בהתייעצות עם צוות עובדי המחלקה לשירותים חברתיים וקופות החולים.

דרישות התפקיד והכישורים הנדרשים – לתפקיד המתאמים

- עובד/ת סוציאלי/ת.
- אח/ות מוסמך/ת.
- מוכנות לעבודת שטח ולביקורי בית.
- ניסיון מקצועי ומוטיבציה לעבודה בתחום הזיקנה.
- יכולת עבודה בצוות רב-מקצועי.
- יחסי אנוש טובים ויכולת עבודה בשיתוף פעולה עם איש מקצוע נוסף.
- רגישות לזולת ויכולת להכיל מצבים אישיים מורכבים.
- ראייה מערכתית, גמישות, יוזמה ויצירתיות במציאת פתרונות למצבים מורכבים.
- בעל יכולת פרזנטציה והצגת התכנית לשותפי תפקיד.
- הכרת העבודה במחשב.

גבולות האחריות של פעילות הצוות לטיפול משולב

- השירות יינתן לאדם שהביע הסכמתו לכך וחתם על טופס ויתור סודיות (ראו נספח 1). אם לאדם יש אפוטרופוס, נדרשת הסכמתו להתערבות.
- כל התערבות תהיה בהתאם לנהלים ולסמכויות החוקיות של אנשי המקצוע.
- במצבי סיכון סוציאלי תתבצע ההתערבות בהתייעצות עם עובד סוציאלי לחוק ההגנה על חוסים או באחריותו (למשל כאשר נדרש מינוי אפוטרופוס, התערבות לאור או באמצעות חוק ההגנה על חוסים, במצבי התעללות והזנחה).

פרק 3 - שלבי ההתערבות

פרק זה עוסק בהתערבות על שלביה השונים: הליך קבלת הפנייה; תהליך האינטייק; קביעת תכנית ההתערבות והפעלתה.

תרשים מספר 3: תהליך ההתערבות



קבלת הפנייה

איש מקצוע משירותים מטפלים בקהילה, כמפורט בפרק הראשון, יציע לאדם הזקן את האפשרות להפנותו לטיפול ביחידת הטיפול המשולב. אם תקבל הסכמתו העקרונית, איש המקצוע ימלא טופס הפניה קצר

וידידותי (ראו נספח מספר 2). בהקשר זה ראוי לציין, כי מומלץ להפנות את המועמדים לתכנית באמצעות טופס הפניה מקוון (אינטרנטי). קריטריונים להפניה ולקבלת מטופלים לצוות הטיפול משולב מכורטים בלוח מספר 1 (עמוד 13).

מיד לאחר מכן מקבל הגורם המפנה תשובה אוטומטית שפנייתו נקלטה. פרטי המועמד נכנסים למערכת המידע ולרשימת המועמדים לטיפול.

לתשומת לב: בקבלת טופס הפניה, יש להקפיד על מילוי כל פרטי הקשר של שותפי התפקיד (טלפון, כתובת דוא"ל) להבטחת המשך הקשר עם הגורם המפנה.

יצירת קשר ראשוני

בכל צוות, ימונה אחד ממתאמי הטיפול כרכז הפניות. מיד לאחר קבלת הפניה, עליו ליצור קשר ראשוני עם האדם הזקן או עם בן משפחתו. יש לקיים את שיחת הטלפון תוך שלושה ימי עבודה מיום קליטת הפניה במערכת הממוחשבת. השיחה נועדה לתאם את הביקור הראשון בביתו של המועמד שיתקיים בהקדם האפשרי. אם הפניה מתקבלת באופן ידני או בפקס, יש להכניס את פרטי המועמד לטיפול למערכת המידע, לידע את מתאם הטיפול הנוסף ולקיים את שיחת הטלפון.

תהליך האינטייק

אינטייק הוא תהליך שבו נאסף מידע ביו-פסיכו-סוציאלי על אודות הזקן, זיהוי ומיקוד הקשיים העיקריים שלו, בחינת צרכיו ולאחר מכן, קביעת רמת הדחיפות להתערבות.

המידע נאסף במפגשים עם הזקן ועם בני משפחתו וכן ממטפלים בשכר ומאנשי המקצוע השונים בקהילה.

א. קבלת הפניה

עם קבלת הפניה מתחיל שלב איסוף המידע. בטופס הפניה מכורטת סיבת ההפניה. פעמים רבות נמצא, כי סיבת ההפניה היא בגדר "קצהו של חוט" למגוון בעיות עמוקות או רחבות יותר. בהמשך, מתאם הטיפול פונה לגורם המפנה בבקשה לקבל מידע נוסף על מצב המטופל ועל הסיבות שהביאו להפנייתו.

ב. שיחת הטלפון הראשונה

השיחה נועדה לתיאום מועד ביקור הבית הראשון. בשיחה זו ניתן לקבל מידע ראשוני הרלוונטי למצב המטופל.

ג. ביקור בית, היכרות, עריכת חוזה ראשוני וקבלת הסכמה על ויתור סודיות

בביקור הבית הראשון ישתתפו **שני מתאמי הטיפול** - האחות והעובד הסוציאלי. לעיתים גם הגורם המפנה משתתף בביקור הראשון במטרה לחזק את האמון ואת שיתוף הפעולה. בביקור זה הם יכירו את הזקן ויבחנו את מצבו מנקודות מבט רפואית, תפקודית וסוציאלית. דגש מיוחד יינתן לשאלה האם קיים מטפל עיקרי התומך בזקן. האחות והעובד הסוציאלי ימקדו את איסוף המידע, כל אחד בתחומי המקצוע, כדי שיוכלו לקבל תמונה מלאה על צורכי הזקן.

תפקיד האחות בשלב האינטייך

בביקור הבית האחות תתמקד בהבנת מצב הזקן בתחום הרפואי והתפקודי. מידע ייאסף בנושאים הבאים:

- מחלות רקע, קיומן של מחלות כרוניות או אקוטיות (גם על פי סיכומי המידע הרפואי).
- המצב התפקודי (ניידות, רחצה, לבוש, הכנת אוכל, חימום והגשה, שליטה על סוגרים, מבחן שיווי משקל).
- קביעת הגדרה תפקודית על פי ADL.
- הצורך באביזרי עזר.
- התאמת הבית למצבו התפקודי של הזקן.
- התרופות בשימוש של האדם הזקן, כולל קשיים בנטילת התרופות.
- המצב הקוגניטיבי, כולל ביצוע MMSE (מבחן מיני מנטל).
- האם בוצעה הערכה גריאטרית בעבר וביצוע אומדן מקיף.
- האם למטופל יש רקע פסיכיאטרי? האם היה מאושפז בעבר, האם היה בטיפול בריאות הנפש והאם עדיין מוכר בבריאות הנפש.
- מצב השיניים, הרגלי התזונה והערכת המצב התזונתי: משקל נורמלי/ תת-משקל/עודף משקל.
- המצב החושי (ראייה, שמיעה).
- השימוש בשירותי הבריאות והביקוש לשירותים אלה: ביקורים במרפאה (כולל ביקור אחרון אצל רופא המשפחה), ביקורים אצל רופאים מומחים,

- מידת ההיענות לטיפול הרפואי, אשפוזים וביקורים בחדר המיון.
- מידת ההיענות או ההתנגדות לטיפול המוצע ומידת ביצוע המלצות טיפוליות.

המידע ייאסף באמצעות שיחה עם האדם הזקן, עם בני משפחתו ו/או עם הגורמים המטפלים. כמו כן, מומלץ לערוך תצפית פעילה (למשל האחות יכולה לבקש: "תראה לי את קופסת התרופות שלך. מתי אתה נוהג לקחת כל תרופה וכמה? תראי לי איך את קמה מהכורסא"). לעיתים יידרשו מספר מפגשים לאיסוף המידע.

בדיקות בסיסיות, כגון בדיקת לחץ דם, דופק או רמת הסוכר בדם הן בתחום אחריות המרפאה לרפואה ראשונית. אולם, במקרים חריגים האחות המתאמת תשקול על פי הצורך ביצוע בדיקה (כמו בדיקת לחץ דם או בדיקת רמת הסוכר בדם), באופן חד-פעמי ובהתאם לנסיבות בעת הביקור הראשוני.

תפקיד העובד הסוציאלי בשלב האינטייך

איסוף מידע פסיכו-סוציאלי:

- מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (גיל, מצב משפחתי, עם מי הוא גר, מקורות מחיה ומצב כלכלי).
- היכולת להתנהל בחיי היום-יום (ניהול משק בית, ביצוע קניות, הכנת ארוחות, ניקיון, כביסה, ניהול עניינים כספיים).
- מצב משפחתי: קיומה של משפחה ודפוסי הקשר ביניהם, דפוסי העזרה מצד המשפחה, חלוקת תפקידים בין בני המשפחה. האם יש מאפיינים ייחודיים של בני משפחה (למשל, בן משפחה עם מוגבלות/נכות? עם פסיכופתולוגיה וכדומה). בהקשר זה חשוב לבחון ולהעריך את מידת הסיכון להתרחשות התעללות, הזנחה ו/או ניצול כלכלי מצד בן משפחה או ממקורב אחר.
- התייחסות לבן משפחה המשמש כמטפל עיקרי: קשיים בהקשר לתפקידו כמטפל עיקרי, מידת העומס שהוא חווה, האם זקוק לסיוע (תמיכה רגשית, הדרכה, מידע, הפוגה).
- בירור לגבי שירותים, כגון: האם הזקן זכאי לשירותי חוק סיעוד, היקף הגמלה, סוגי השירותים הניתנים (מטפל/ת, מרכז יום, לחצן מצוקה, אביזרי ספיגה), האם היקף הגמלה והטיפול בפועל הולמים את צרכיו, האם הוא שבע רצון מהמטפל/ת?

- האם מוכר במחלקת הרווחה ועל איזה רקע.
- האם הזקן ובני משפחתו מכירים ומודעים לזכויות ולשירותים בקהילה, האם הם מממשים זכויות ושירותים. בהקשר זה, יש לברר האם הזקן הוא ניצול שואה ומהן הזכויות להן זכאי.
- בחינת המצב רגשי (מצב רוחו של הזקן, תחושת הבדידות).
- קיום קשרים חברתיים ובאיזה אופן.
- בחינת דפוסי ההתמודדות עם קשיים ובעיות בעבר ובהווה.
- האם לאדם יש אפוטרופוס? האם יש לו תומך קבלת החלטות?

בביקור הבית הראשון, מתאמי הטיפול יסבירו על מהות התכנית והיותה תכנית המוגבלת בזמן. בתוך כך, יבחנו את רצונותיו של הזקן וציפיותיו מהתכנית. לעיתים יידרשו שניים או שלושה מפגשים ליצירת הקשר הראשוני וביסוס האמון. זאת, במטרה להסיר חששות. רק לאחר מכן ניתן יהיה לקבל את הסכמתו לקבלת הטיפול במסגרת התכנית ולהחתים אותו או את האפוטרופוס (אם יש) על טופס ויתור סודיות (נספח מספר 1). טופס זה מאפשר קבלת מידע מהשירותים השונים והעברת מידע בהתאם לצורך.

סיכום המפגש: עם סיום ביקור הבית, המתאמים יקלידו את טופס האינטייק במערכת המידע (נספח מספר 3). המתאמים יסכמו את המידע ויעריכו את מוקדי הקושי העיקריים של הזקן והתחומים שבהם נדרשת ההתערבות.

ד. איסוף מידע מגורמים נוספים בקהילה והתייעצויות עמם לגבי מוקדי הקושי וצורכי המטופל

איסוף המידע יתאפשר רק לאחר קבלת אישור על ויתור הסודיות על ידי המטופל. מקורות נוספים למידע יתקבלו מרופא המשפחה, מאחות המרפאה, מרשומות הנמצאות בתיק הרפואי של המטופל, מעובד סוציאלי ממחלקת הרווחה, רשומות מהתיק במחלקת הרווחה, מידע מהביטוח הלאומי ומחברת הסיעוד.

ה. אבחון ראשוני

בסיום האינטייק יתקיים דיון משותף של מתאמי הטיפול - **ישיבת תפעול**. במצבים מסוימים ישתתפו בישיבה גם גורמים מטפלים בקהילה. חוות דעתם המקצועית תילקח בחשבון. בדיון יתייחסו לנושאים הבאים:

- אבחון והערכת מצב כוללנית על האדם (בריאות, תפקודי, נפשי, משפחתי).

- קביעת מוקדי הקושי העיקריים.
- זיהוי והערכת צרכים.
- הערכת מידת הסיכון הכרוכה במצבו.

ו. קבלת החלטה על קליטה/אי-קליטת האדם בתכנית לטיפול משולב

מאחר שמדובר בלקוחות העלולים לא להיענות לקשר הטיפולי ולקבלת סיוע מגורמים מטפלים, יש לעיתים צורך בביקור בית נוסף כדי לגייס את האדם הזקן לטיפול ולקבל את הסכמתו להתערבות.

ז. קביעת מטרות ההתערבות ויעדיה

- יש לנסח מטרה תוצאתית לתכנית ההתערבות ובהתאם לצרכי המטופל
- קביעת תכנית ההתערבות היא אישית ומותאמת לצורכי האדם ובהתבסס על קיומה או חסרונה של רשת תמיכה משפחתית.
- יש לשתף בקביעת התכנית את המטופל ואת בני משפחתו ולשמוע את העדפותיו/הם.
- קביעת המשימות הנדרשות, סדרי עדיפויות ולוח זמנים לביצוען. התכנית תיקבע תוך **תיאום והסכמה עם שותפי התפקיד** בשירותי הבריאות והרווחה; תתבצע **חלוקת תפקידים** בין מתאמי הטיפול (בינם לבין עצמם) וכן חלוקת תפקידים בינם לבין שותפי תפקיד בקהילה. תכנית הטיפול תתייחס גם לתדירות הקשר ולרמת האינטנסיביות.
- קביעת **מתאם הטיפול הראשי** (בהתאם להגדרת מוקד הקושי), שיהיה אחראי על ניהול הטיפול, תכלול ותיאום הקשר עם שותפי התפקיד מהארגונים המשיקים, ביצוע המשימות בתחום אחריותו ועדכון השותפים.
- קביעת **מתאם טיפול תומך (משני)** אשר גם לו יש משימות בתהליך ההתערבות.

ח. הפעלת ההתערבות

ההתערבות היא כוללת באופייה, מאופיינת בקשר אינטנסיבי להשגת היעדים ובזמן מוגבל, תוך תיאום בין השירותים. הקשר וביצוע המשימות

מתנהלים תוך הבנה, כי בסיום הטיפול האינטנסיבי ולאחר מעקב של מתאמי הטיפול על ביצוע המשימות ומידת השגתן, יחזור המטופל להמשך קשר במסגרת המערכות הקיימות בקהילה (קופת חולים ו/או המחלקה לשירותים חברתיים במידת הצורך). עם זאת, דגש רב מושם על שמירת הרצף הטיפולי בקהילה.

שלבי תכנית ההתערבות

תכנית ההתערבות על שלביה השונים היא דינמית ועשויה להשתנות עקב שינויים סוציאליים/רפואיים במצב הזקן. מתוך ראייה זו, וכדי לאפשר כניסת מטופלים נוספים לקבלת שירות התערבות אינטנסיבי, הוגדרו שלבים בהפעלת תכנית ההתערבות, שהם:

א. התערבות אינטנסיבית – ביצוע תכנית העבודה.

ב. מעקב אחרי ביצוע המשימות.

ג. שלב הפרידה מהמטופל.

ד. סיום הטיפול.

להלן נסקור שלבים אלה.

א. התערבות אינטנסיבית - ביצוע תכנית העבודה

לאחר תכנון ההתערבות וגיבוש תכנית העבודה תיערך שיחה נוספת עם המטופל להבהרת רצונותיו (ובמצבים מסוימים, של בן משפחתו), תיאום ציפיות וקבלת הסכמה של המטופל ומשפחתו לתכנית המוצעת. לאחר מכן, ייערך חוזה טיפולי. לעיתים, בשלב זה נדרשים מתאמי הטיפול לגייס את בני המשפחה כדי להשיג את היענותו של הזקן לתכנית המוצעת. יש להזכיר למטופל ולמשפחתו שתכנית ההתערבות והקשר עמו יימשכו תקופה מוגדרת של עד שישה חודשים. במקביל, יש לעדכן, לשתף ולגייס את אנשי המקצוע ושותפי התפקיד בשירותים המשיקים בקהילה.

תכנית ההתערבות תהיה בהלימה למוקדי הקושי המרכזיים של הזקן ותכלול **תמהיל של התערבויות** בתחום הרפואי (בתיאום עם רופא המשפחה, גריאטר, יחידה להמשך טיפול, מרפאה לבריאות הנפש), בתחום התפקודי (בתיאום עם אחות המרפאה) ובתחום הסוציאלי (בתיאום עם עובד סוציאלי).

תכנית ההתערבות של האחות המתאמת תהא מושתתת על המפה הטיפולית שנקבעה ותועדה ביחידה לטיפול משולב והיא תכלול התערבויות

בהתאמה לאבחון שנעשה.

ההתערבות של האחות, מתאמת הטיפול

האחות, מתאמת הטיפול, אמורה לטפל בנושאים הבאים:

- הסדרת המעקב הרפואי/סיעודי בתיאום עם רופא המשפחה והאחות האחראית במרפאה, שאליה המטופל שייך (בדיקות, שחרור מאשפוז וכדומה).
- הדרכה והעצמת המטופל ומשפחתו לניהול הטיפול העצמי בהקשר של: איזון סימפטומים (כגון סוכרת, לחץ דם, ועוד), היענות לטיפול תרופתי או טיפול אחר, היענות למעקב רפואי ושמירת אורח חיים בריא.
- שיתוף המטופל וקביעת יעדים ברי-השגה לקידום התנהגויות בריאותיות.
- אומדן שוטף של החמרה ו/או שינויים בסימפטומים של מחלה נוכחת או מתפתחת.
- הפניה לגורם המטפל במצבים רפואיים מסכני חיים.
- סיוע בשחרור מבית החולים ומעקב אחר המלצות השחרור.
- מתן הדרכה בנושאים, כמו: שימוש באביזרי עזר רפואיים ותפקודיים, שמירת סביבה בטוחה, תזונה נכונה, היגיינה, נידות, מניעת נפילות, שליטה על סוגרים, זיהוי מוקדם של החרפה במצבי החולי.
- הדרכת מטפלים בשכר.
- תיווך לקבלת ייעוץ גריאטרי וייעוץ של מומחים אחרים לפי הצורך.
- קשר עם מרפאות לבריאות הנפש ושיתוף פעולה עמן בכל הקשור לקבלת סל שיקום.
- קיום דיון עם המטופל על חתימה על הנחיות מקדימות בתיאום עם הצוות במרפאת האם של המטופל.
- אומדן צרכים לסיוע בטיפול העצמי היומי ותיווך עם הגורמים הרלוונטיים למיצוי הסיוע הנדרש עבור קידום הבריאות של המטופל מבחינה נפשית, גופנית וחברתית.
- פנייה להתאמת המגורים, באמצעות קופת חולים ובמימון משרד הבריאות.
- הפניה או עבודה בשיתוף פעולה עם היחידות לטיפול בית, או אשפוז בית, או הוספיס למתן טיפול פליאטיבי.

ההתערבות של העובד הסוציאלי, מתאם הטיפול

העובד הסוציאלי, מתאם הטיפול, אמור לטפל בנושאים הבאים:

- מיצוי זכויות בתחום הרווחה ובתחום הדיור הציבורי, כולל התאמת הדירה מול משרד השיכון.
- מיצוי זכויות בתחום הבריאות (ביטוחים משלימים, זכאות להחזרי אמבולנס, רפואה משלימה).
- אספקת שירותים, כגון ארוחות חמות, מרכזי יום, לחצן מצוקה, אביזרי עזר ומכשירים רפואיים.
- פנייה לקבלת גמלת סיעוד, מעקב אחרי ביצוע תכנית הטיפול במסגרת גמלת הסיעוד.
- התערבות טיפולית קצרת מועד עם בני משפחה המשמשים כמטפלים עיקריים, כדי להסדיר את חלוקת התפקידים בטיפול בזקן; מתן תמיכה רגשית לבני המשפחה.
- זיהוי חשד להתעללות או להזנחה ועבודה בשיתוף פעולה עם עובד סוציאלי לחוק.
- סיוע בהסדרת חובות והפניה לגורמים המתאימים למניעת עיקולים.
- קיום דיון עם המטופל על חתימה על הנחיות מקדימות.

במקביל, יתקיים קשר רציף עם הגורם המפנה ועם שותפים רלוונטיים, לצורך התייעצויות שוטפות ודיווח הדדי על התקדמות ביצוע המשימות והשגת המטרות הטיפוליות.

תכיפות הקשר/פגישות: בחודשיים הראשונים, הקשר אינטנסיבי ומתקיים בתדירות גבוהה של לפחות פעמיים בחודש. לאחר מכן ניתן לרווח את כמות המפגשים לאחת לשלושה שבועות ו/או לשיחות טלפון. אם חל שינוי במצב הזקן, יש להעריך מחדש את הצרכים ולתכנן את ההתערבות בהתאם לשינויים.

לוח מספר 2 מציג את סוגי המשימות בתכנית ההתערבות על פי מוקד הקושי. השילוב בין המשימות יוצר את תכנית העבודה המלאה.

לוח מספר 2: סוג ההתערבות על פי מוקד הקושי

מוקד הקושי	משימות
בריאותי/ תפקודי	הפניה ותיאום תור לבדיקות רפואיות
	איזון במצב הסוכרת
	מתן הדרכה תרופתית
	פעילות למניעת נפילות
	השגת אביזרי עזר (כגון: הליכון, חמצן נייד, טריפוד, מיטה סיעודית, תמיכה לשירותים ולמקלחת)
	השגת מכשיר שמיעה
	הפניה לייעוץ של מומחים מקצועיים
	הפניה לייעוץ תזונתי או למעקב של דיאטנית
	הפניה לסל שיקום בבריאות הנפש
	סיוע בהשגת הסעות לקבלת טיפולים רפואיים
	השגת מימון לטיפול שיניים
	הפניה לשירותי שיקום (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק) או לשיקום בבית
	הפניה לקבלת שירות טיפול בית של הקופות (יחידה להמשך טיפול או הוספיס בית)
	הפניה לביצוע אבחון גריאטרי
	סיוע ביצירת רצף טיפולי - קליטה ומעקב בקהילה אחרי שחרור מבית חולים
	בחינת רצונו של האדם ומתן מידע על הנחיות מקדימות
	הפניה לפסיכיאטר ו/או למרפאה פסיכיאטרית
רגשי/נפשי	תמיכה רגשית
	הפחתת התנגדויות והגברת היענות לטיפול
	חיזוק הקשר עם בני המשפחה
	סיוע בכתרון בעיות (מיקוד הקושי, פריסת חלופות, בחינת יתרונות וחסרונות ובחירת החלופה הרצויה למטופל)
משפחתי	גיוס בני המשפחה לצורך היענות הזקן לטיפול רפואי/ סוציאלי
	סיוע למשפחה בהתארגנות לניהול מצב הזקן (חלוקת אחריות ותפקידים בין בני משפחה וגיוסם לטיפול בזקן)

מוקד הקושי	משימות
	מתן מידע והדרכה לבני המשפחה (לגבי מצב הזקן, זכויות ושירותים נדרשים וקיימים, הנחיות מקדימות ואפוטרוכסות)
	סיוע בשיפור קשרים בין הזקן לבני משפחתו
	מתן תמיכה רגשית לבני המשפחה
	התערבויות למניעת התעללות, הזנחה וניצול הזקן
	סיוע במתן מידע והפניה לצורך מינוי אפוטרוכוס
חברתי	הפניה למרכז יום/מועדון/בית חם
	הפניה להצטרפות לקהילה תומכת
	שילוב מתנדב על פי צורכי הזקן
סיוע בתחום הטיפול האישי וניהול משק בית	פנייה לחוק ביטוח סיעוד ו/או בקשה להחמרה, בקשה לשר"מ
	סיוע בהבאת עובד זר (כולל בדיקת זכאות)
	סיוע בהשגת עזרה ביתית
	סיוע באספקת ארוחות מוכנות לזקן
הסדרי מגורים	סיוע בהשגת דיור ציבורי/שיפוץ ושיפור תנאי מגורים
	סיוע בסידור מוסדי
	סיוע בהחלפת דיור או השתתפות בשכר דירה
	שילוב בפרויקט "כאן גרים" (הכנסת סטודנט לגור עם הזקן)
	התאמת אביזרי בטיחות
	סיוע בהשגת ציוד בסיסי לבית
כלכלי	בירור לגבי היכולת לניהול כספים
	סיוע במיצוי זכויות בביטוח סיעודי
	סיוע בתחום קצבאות (זיקנה, שאירים שר"מ)

מוקד הקושי	משימות
סוגיות חוקיות ומשפטיות	הכניה לקבלת ייעוץ משפטי
	התייעצות עם עובד סוציאלי לחוק במצבי סיכון
	איתור מצבי ירידה קוגניטיבית והכניה לאבחון, שיקול למיני אפטרופוס
מיצוי זכויות לניצולי שואה	סיוע בהכרה באדם כניצול שואה וסיוע במיצוי זכויות לניצולי שואה

הערה: טבלה זו מציגה מגוון של משימות אפשריות ובהקשר של שירותים מגוונים. ייתכן שקיימים שירותים ומענים נוספים אשר לא צוינו בטבלה.

ב. מעקב אחרי ביצוע המשימות

בתום תקופת ההתערבות האינטנסיבית (חודשיים עד שלושה), תופחת תדירות הקשר עם המטופל. הסיבות לכך עשויות להיות:

- כאשר חלק ניכר או רוב היעדים הטיפוליים הושגו.
- חלק מהמשימות אינן ברות-ביצוע (בשל היעדר שירות מתאים או חוסר זכאות לשירות).
- הזקן אינו משתף פעולה.
- הבנה שחלק מהמטרות הטיפוליות לא יושגו מסיבות שונות.

כאשר מרבית המשימות בוצעו תשמש תקופה זו לשימור היעדים שהושגו ולהערכה משותפת עם אנשי מקצוע בקהילה (מרפאה, שירותי רווחה), האם תכנית הטיפול השיגה את יעדיה והאם חלה התייצבות במצבו של הזקן.

תכיפות הקשר לאחר תקופת ההתערבות האינטנסיבית: ביקור או שיחה טלפונית אחת לשלושה שבועות או פעם בחודש ו/או לפי הצורך. במקביל ובמידת הצורך, יש לשמור על קשר עם הגורם המכנה בקהילה. בתקופה זו ימשיך גם הקשר עם שותפי התפקיד בקהילה.

ג. שלב הפרידה מהמטופל

בשלב זה, יש להתחיל לשוחח עם הזקן על פרידה ועל סיום הקשר. פרידה וסיום הטיפול הם חלק בלתי נפרד מתהליך ההתערבות. אמנם, כבר בסיכום המפגש הראשון עם המטופל, הובהר לו ולבני משפחתו, כי ההתערבות מוגבלת בזמן, אך הידיעה על כך אינה מופנמת די צרכה אצל המטופל ובני משפחתו ולעיתים אף אצל איש המקצוע המטפל.

לתהליך הפרידה היבטים רגשיים ומעשיים. ההיבט הרגשי מתייחס למכלול הרגשות המתעוררים עקב הפרידה. ההיבט המעשי מאפשר למטופל ולמטפל ביצוע הערכת מצב מחודשת, סקירת התהליך, בחינה של יעדים והישגים שהושגו וכאלה שלא הושגו. חלק זה כולל שיתופם של אנשי המקצוע המטפלים בשירותים משיקים והיערכות לקראת העברת המידע ותיאום עם אנשי מקצוע בשירותים האמורים להמשיך את הקשר הטיפולי עם האדם. זאת, כדי לשמור על רצף טיפולי והמשכיות.

ד. סיום הטיפול

לפני סיום ההתערבות על מתאם הטיפול לנקוט במספר צעדים:

1. להתכונן לקראת תהליך הפרידה. את ההחלטה על סיום הטיפול יש לבצע בשיתוף עם הגורם המפנה ושאר שותפי התפקיד בקהילה. מתאמי הטיפול יעדכנו את השותפים על מצבו של הזקן בהווה, ביעדים שהושגו ומהם היעדים הנוספים שיש לפעול להשגתם. בנוסף לכך, על מתאם הטיפול:

- לקבוע תאריך יעד לסיום.
- לקבל החלטה מתי להודיע למטופל – מומלץ כחודש לפני מועד הסיום.
- להתכונן לקראת מפגשי הפרידה תוך בחינת רגשותיו בהקשר לסיום הקשר ולפרידה מהמטופל.

2. לקיים שיחות עם הזקן, לעיתים בשיתוף עם בני משפחתו. ככלל, שיחת הסיכום תתקיים עם שני מתאמי הטיפול ועם הזקן ובהתאם לצורך, בשיתוף עם המשפחה. במהלך שיחת הסיכום:

- להזכיר למטופל כי ההתערבות נקבעה לזמן מוגבל.
- לבצע במשותף סקירת התהליך שעברו ביחד: מטרה משותפת, יעדים שנקבעו, מה הושג? מה לא הושג ומדוע?

- לתת למטופל אפשרות לבטא את רגשותיו לגבי סיום הקשר.
 - לבקש מהמטופל לסכם את התהליך, להתייחס לדברים שהיו חשובים לו, מה הוא לוקח לעצמו להמשך, איזה משימות עליו לבצע.
3. בסיום השיחה לתעד את הסיכום (נספח מספר 4) ולהסביר לזקן ולבני משפחתו על הפחתת תדירות הפגישות.
4. לבחון את המשימות לקראת סיום הקשר וליצור היכרות עם הגורם המטפל בהמשך. מומלץ לקיים ביקור בית משותף עם איש המקצוע שימשיך את הקשר.
5. לסכם ולתעד את תהליך ההתערבות במערכת המידע, כולל המלצות להמשך. מסמך סיכום הטיפול והמלצות להמשך יישלחו למחלקת הרווחה ולקופת החולים שבה הזקן מטופל. במרפאה ישויך המטופל לאחת התכניות הקיימות, למשל: מקבלי חוק סיעוד, יחידה לטיפולי בית, תכנית לזקנים בסיכון להידרדרות רפואית, תכנית לזקנים מרותקים, ועוד.

מדדים להצלחת ההתערבות ברמת הפרט

- השגת שיפור או איזון במצב המטופל.
- הרחבת רשת התמיכה הפורמלית של האדם הזקן (המטופל).
- עלייה בצריכת השירותים על ידי הלקוח.
- עלייה בהיקף מיצוי הזכויות של הלקוח.
- גידול במספר האנשים המהווים חלק מרשת התמיכה הבלתי פורמלית של האדם הזקן (המטופל) וכאלה המעורבים בסיוע הניתן לו.
- גידול במספר האנשים המהווים חלק מרשת התמיכה הפורמלית של בני המשפחה ומעורבים בסיוע הניתן לאדם הזקן.

תרשים מספר 4: תרשים זרימה להתערבות בשיתוף אנשי מקצוע בארגונים משיקים



דיון והתייעצות בכורום המקצועי

במצבים של קושי ביישום תכנית ההתערבות, קושי בהשגת איזון במצב המטופל, בשל סירוב המטופל ו/או בן משפחתו, בשל קשיים וחסמים בירוקרטיים, קושי בקבלת החלטה על סיום הטיפול, כאשר מתעוררת דילמה אתית ומקצועית.

איזון במצב והשגת יעדים (או מרביתם).

החלטה על סיום הטיפול

פרידה וסיום טיפול

והעברה להמשך הקשר באמצעות השירות בקהילה.

לתשומת לב: בנסיבות מסוימות, תיתכן אפשרות להפנות את האדם לתכנית לטיפול משולב מחדש, גם לאחר סיום ההתערבות.

מספר מטופלים למתאם טיפול במשרה מלאה

- 200 מטופלים בחצי שנה.
- 400 מטופלים במהלך השנה.
- 250 מטופלים לחצי שנה, בצוותים שבהם עובדים עובד סוציאלי, אחות ומלווה.

פרק 4 -

הקמת צוות לטיפול משולב - תהליך כניסה ליישוב חדש

היערכות לקראת הקמת צוות לטיפול משולב

להקמת צוות לטיפול משולב והטמעתה ברשות המקומית נדרש תהליך מובנה ושיטתי. בשלב הראשון יש לרתום ולגייס את ההנהגה המקומית: ראש הרשות ו/או מחזיק תיק הרווחה ברשות, מנהל אגף/מחלקה לשירותים חברתיים, מנהל המדור לאזרחים ותיקים.

במקביל, יש להתחיל בבניית השותפויות ברמת המחוז. יש למפות את הארגונים ואת בעלי התפקידים הבכירים. לאחר מכן, יש לקיים מפגש עם הדרג המקצועי הבכיר של קופת החולים המחוזית (מנהלי מחוזות בקופות החולים - רופא מחוזי, גריאטר מחוזי, מנהלת סיעוד מחוזית, ועוד), בשיתוף עם מפקחים במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. במפגש עמם מוצע להציג את התכנית על מרכיביה השונים (רציונל, מטרה, יעדים, דרכי עבודה והתרומה למטופל ולמערכות המטפלות). כמו כן, יידונו האפשרויות לשיתופי פעולה.

הקמת הצוות לתיאום ולטיפול משולב

1. **קליטת כוח אדם:** אחות, עובד סוציאלי ומלווה (באותם מקומות שלצוות יתווסף מלווה).
2. **הכרת שדה הפעולה על ידי המנהלים המקומיים והמתאמים:**
 - לומדים את מאפייני אוכלוסיית היישוב: אחוז הזקנים מקרב כלל האוכלוסייה, מאפיינים רב-תרבותיים, רמה סוציו-אקונומית, אחוז זכאי חוק סיעוד, מספר המטופלים הזקנים במחלקה לאזרחים ותיקים, תחומי קושי עיקריים של מקבלי השירות במחלקה.
 - ממפים את הארגונים בקהילה (בריאותיים וחברתיים, כולל עמותות) ואת השותפים הפוטנציאליים לעבודה וליישום התכנית לטיפול משולב. יש לתת את הדעת למערכת שיתופי הפעולה הקיימים בין

הארגונים, למערך יחסי הכוחות ביניהם, לתפיסות מקצועיות ולסדרי עדיפויות בכל ארגון. יש לבחון את הכוחות המקדמים ואת הכוחות הבולמים בניית קשרי עבודה.

- מקיימים מפגשי היכרות ראשוניים עם מנהל המחלקה לשירותים חברתיים, מנהלי המחלקות/מדורים באגף/מחלקת הרווחה, מנהלי מרפאות בקופת החולים, אחיות ראשיות של סניפי קופת החולים, היחידות להמשך טיפול, גריאטריה, מנהלי סניפים של המוסד לביטוח לאומי, פקידת תביעות בענף הסיעוד, שירות ייעוץ לקשיש, השירות הסוציאלי בבית החולים, ועוד. כל אחד מהארגונים הללו יכול להוות גורם מפנה ומשאב לטיפול משותף באדם הזקן.

3. **קיום מפגש חשיפה באמצעות יום עיון ובהשתתפות אנשי מקצוע ושותפי תפקיד מארגונים בקהילה:** שירותי הרווחה, קופת חולים, בתי חולים, לשכות בריאות, חברות סיעוד, ביטוח לאומי, עמותות מקומיות, מרכז יום, קהילות תומכות, מועדונים לזקנים, ועוד.

להלן הצעה למפגש היכרות וחשיפה:

- הצגת התכנית לטיפול משולב: רציונל, הגדרת מושגים, הצגת מטרות התכנית ויעדיה.
- תיאור מצב ודרכי התערבות של אחות ועובד סוציאלי כדוגמה לתיאור אוכלוסיית היעד להתערבות.
- הצגת מודל העבודה ותהליך ההתערבות: החל מתהליך הכנייה, האינטייק של שני מתאמי הטיפול מהפרופסיות השונות (עובד סוציאלי ואחות) וסוגי ההתערבויות, תוך הדגשת הערך המוסף שבעבודתם המשותפת לטובת המטופל ולתועלת המערכת המטפלת.

4. **שיווק מתמשך של התכנית:** הכנסת שירות חדש עלולה לגרום לקשיים, לאי-נוחות ואולי אף להוות איום על אנשי המקצוע המטפלים בשירותים השונים. שירות חדש דורש לעיתים שינוי דפוסי עבודה ותהליכי עבודה קיימים. לכיכך, חשוב לקיים מפגשים ולשווק את התכנית בכל הזדמנות אפשרית. מפגשים אלה נועדו לצמצם אי-בהירות, לברר ולתאם ציפיות משותפות, להסיר חסמים אפשריים ולבנות דפוסי קשר ודרכי עבודה משותפים. חשוב להעביר את המסר, כי התכנית לטיפול משולב אינה באה להחליף שירות קיים בקהילה (שירותים חברתיים, קופת חולים).

5. **הקמת פורום מקצועי פנימי של צוות הטיפול המשולב והמדור לאזרחים ותיקים לדיון ולהתייעצות:** מוצע להקים פורום מקצועי פנימי

להתייעצות ולדיון במצבים מורכבים. בפורום ישתתפו מתאמי הטיפול, מדור/מחלקה לאזרחים ותיקים, מדריך - ראש צוות ו/או מנהל המדור/מחלקה לזקן. לעיתים יתקיים הדיון בהשתתפות איש מקצוע נוסף, כגון עובד סוציאלי לחוק הגנה על חוסים. בישיבות הפורום יובאו לדיון סוגיות טיפוליות ודילמות מקצועיות; החלטה על מעבר מטופלים משלב לשלב; החלטה על סיום טיפול; דיונים הקשורים לדפוסי העבודה עם שותפי תפקיד בקהילה (גורמים מקדמים ומעכבים בתהליכי העבודה, אמצעים לחיזוק שיתופי הפעולה, ועוד).

6. **הקמת פורום רב-מקצועי ברמת הרשות:** משתתפים מתאמי הטיפול, מדריך/ראש צוות, רופא גריאטר, אחות מנהלת המרפאה, נציגי הביטוח הלאומי, עובד סוציאלי מטפל משירותי הרווחה, ראש צוות משירותי הרווחה, עובד סוציאלי לחוק (במידת הצורך). לעיתים יוזמן המטופל (עם או בלי בן משפחה). בפורום יובאו לדיון מצבים וסוגיות המתעוררות במהלך הטיפול, הדורשות התייחסות רב-מקצועית, כמו גם דיון על דילמות מקצועיות ואתיות וקבלת החלטות בנוגע למטופלים עם בעיות מורכבות. לעיתים יתקיים דיון בסוגיות הקשורות לשיתופי פעולה בין הארגונים. הפורום יתכנס אחת לשישה שבועות או אחת לחודשיים.

כינוס פורום רב-מקצועי בבית: במצבים חריגים ולפי הצורך, ניתן לקיים את פגישת הפורום בבית המטופל אם ניתנה הסכמתו לכך (או הסכמת האפוטרופוס). זאת, כאשר יש קושי בהשגת שיתוף הפעולה של האדם הזקן לטיפול, כאשר יתקבל מידע על החמרה במצבו הרפואי ו/או התפקודי של המטופל, כאשר יש מספר גורמים מטפלים (בן משפחה, מטפלת, עובד סוציאלי לחוק, אחות) ויש צורך שכולם ייפגשו בו-זמנית להערכת מצבו, לתיאום ההתערבות ולחלוקת תפקידים ביניהם.

בתום הביקור ייקבע אופן הטיפול, תתבצע חלוקת התפקידים, ייקבעו תחומי האחריות ודפוסי הקשר בין השותפים.

7. **הקמת ועדת היגוי מקומית:** מומלץ להקים ועדת היגוי אשר תלווה את התכנית. הוועדה תכלול את נציג ג'וינט-אשל, האחראי בארגון על התכנית, מתאמי הטיפול, מנהל המחלקה לשירותים חברתיים ו/או מנהלת המדור לאזרחים ותיקים, מפקח מחוזי של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, מנהל הסיעוד בקופות החולים השונות, גריאטר מחוזי ומנהלת הסיעוד במחוז, מנהל מחלקת סיעוד והיעוץ לקשיש בביטוח הלאומי, נציגים ובעלי תפקידים שונים.

ועדת ההיגוי המלווה תתכנס פעמיים בשנה במטרה לעקוב אחר התקדמות התכנית, לדון בסוגיות עקרוניות שיחזקו את השותפויות ויגבירו את הפניית המועמדים לטיפול. בנוסף לכך, במפגשים יועלו לדיון סוגיות הנוגעות לשיפור תהליכי העבודה, כגון דרכי הפנייה, העברת מידע בין שותפי התפקיד, אפשרויות ההתערבות וחלוקת העבודה בין השותפים, קביעת קריטריונים לסיום טיפול, ועוד.

מדדים להצלחה בהטמעת התכנית לטיפול משולב

- מספר ההפניות, מספר המטופלים ומספר מסיימי הטיפול.
- מידת השגת היעדים בתכנית ההתערבות ברמת הפרט/ים
- שביעות רצון המטופלים ובני משפחתם.
- מידת הקשר בין השירותים המטפלים (תכנון נהלי עבודה וקיום דפוסי עבודה משותפים, איגום משאבים, קיום קשר שוטף בין הגורמים המטפלים).
- חוות דעת חיובית של נותני השירותים.

פרק 5 -

הכשרה והדרכה של מתאמי הטיפול

המקצועיות וההתמחות של איש המקצוע, המשמש כמתאם טיפול, הן תנאי הכרחי למתן טיפול איכותי לאדם הזקן. לפיכך, יש להכשירו וללוותו בייעוץ ובהדרכה במהלך עבודתו.

הכשרה בסיסית

מתאמי הטיפול החדשים ישתתפו בתכנית הכשרה להקניית ידע בסיסי, שתתקיים במרכזי ההדרכה של אשל והיקפה 72 שעות (12 מפגשים חד-שבועיים). התכנית מוכרת לגמול השתלמות.

מטרת ההשתלמות

בתום ההשתלמות למתאם הטיפול יהיו ידע ומיומנויות לעבודה בתיאום בין האחיות והעובד הסוציאלי ביחידה לטיפול משולב, לתכלול ולתיאום תכנית התערבות לזקנים עם בעיות מורכבות ובני משפחותיהם המתגוררים בקהילה והנמצאים על רצף שירותי הבריאות והרווחה.

יעדים

1. מתאם הטיפול יכיר מושגי יסוד בתחום הזיקנה; תהליכים פיסיוולוגיים ופיתופיזיולוגיים, תהליכים רגשיים-נפשיים בזיקנה ובהזדקנות; חוקים רלוונטיים, זכויות ושירותים למען הזקנים.
2. למתאם הטיפול יכולת שימוש בכלי התערבות מקצועית לצורך אבחון משותף והערכה ביו-פסיכו-סוציאלית. כמו כן, למתאם הטיפול:
 - מיומנויות לטיפול ולהתערבות בזקנים עם בעיות מורכבות.
 - מיומנויות בתקשורת עם שותפי תפקיד בקהילה.
 - תקשורת עם הזקן ובני משפחתו.
 - הכרה ושימוש במערכות מידע.
 - מיומנויות לעבודה בצוות (בין-מקצועי ורב-מקצועי).
3. למתאם הטיפול מיומנות מקצועית לניהול ההתערבות (הערכה, מפת הטיפול, בחינת החלופות תוך התייחסות לעלות-תועלת).

4. למתאם הטיפול היכרות ומיומנות של דרכי עבודה משותפות עם מערך השירותים בתוך הארגון ועם כלל השירותים הקיימים בקהילה.
5. למתאם הטיפול היכרות עם ההיבטים האתניים המקצועיים והבין-דיסציפלינריים.

דרכי הלמידה

התכנית משלבת הרצאות, התנסויות חווייתיות ותרגול מצבים.

נושאים ותכנים

1. הרצאות בתחום הזיקנה וההזדקנות: מושגי יסוד, מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, בריאות וחולי, היבטים פסיכולוגיים, חברתיים ותרבותיים, מערך השירותים לזקנים.
2. עקרונות המודל לטיפול המשולב: מאפייני התפקיד, אוכלוסיית היעד להתערבות, מודל העבודה, עבודה עם שותפי תפקיד במחלקה לשירותים חברתיים ושיתופי פעולה עם נותני שירותים בארגונים משיקים.
3. ידע ומיומנויות בתפקיד מתאם הטיפול (ביצוע אינטייך, בניית תכנית התערבות, עבודה משותפת בין אחות ועובד סוציאלי, גיוס שותפי תפקיד, התמודדות עם מצבים קשים, סיום טיפול).
4. כלים להתערבות ברמת הקהילה.
5. סוגיות אתיות, דיון בדילמות מקצועיות ואתיות ודרכי קבלת החלטות במצבי קונפליקט בין ערכים מתנגשים.

הדרכת המתאמים

הדרכת המתאמים תתבצע במקום עבודתם. מנהלת ו/או מדריך - ראש צוות ילוו את מתאמי הטיפול וידריכו אותם בנושאים הקשורים למטופלים, במצבים שבהם יש לקבל החלטות מקצועיות להתערבות, במצבים של קשיים וחסמים בעבודה עם המטופלים ועם שותפי התפקיד.

מפגשי למידה של מתאמי הטיפול

במהלך השנה יתקיימו שלושה עד ארבעה מפגשי למידה והדרכה לכלל המתאמים. המפגשים יתנהלו בהנחיית הרכזת המחוזית ומנהל/ת התכנית. משך כל מפגש שש שעות.

מוצע להקדיש את כל המפגש ללמידה של נושא נבחר. רצוי למפות את הנושאים בשיתוף עם מתאמי הטיפול ועם שותפי התפקיד בארגון. בין הנושאים ללמידה נוספת: דיון בסוגיות הקשורות לממשקי העבודה עם

שותפי תפקיד; תחומי האחריות של מתאמי הטיפול וגבולות התפקיד; נושאים מקצועיים נוספים, כמו: דמנציה, בני משפחה כמטפלים עיקריים, היבטים חוקיים בהפעלת התערבויות, ועוד. ניתן להזמין למפגש מרצה המומחה בתחום מסוים. בנוסף לכך, מומלץ כי ייעשה שימוש בדוגמאות מהשדה הקשורות לנושא הנדון. תיאורי המצב יסייעו בקידום הדיון הקשור למטופלים ו/או למצבים ולסוגיות המתעוררים במהלך ההתערבות.

מוצע גם להתייחס להיבטים רגשיים של מתאמי הטיפול, כגון התמודדות עם פרידה, מצבי אובדן של המטופל (מחלה סופנית, מחלה כרונית), מצבי סיכון לאובדנות של האדם הזקן, מצבים של התעללות והזנחה והתמודדות עם מצבים מורכבים במיוחד.

סיכום

מדריך זה מתאר את התכנית לטיפול משולב בזקנים ובני משפחותיהם המתגוררים בקהילה, את עקרונות התכנית, מושגי יסוד הקשורים אליה, את מודל ההפעלה וגם את הלקחים מהשטח. התכנית נועדה לשפר ולו במעט את איכות חייהם ואת מצבם של זקנים פגיעים עם בעיות סוציאליות ובריאותיות. המדריך מתבסס על חומר עיוני-תיאורטי ועל הניסיון שהצטבר בעבודת השדה במהלך יישום המיזם בארבע רשויות מקומיות בארץ.

לקראת הרחבת התכנית ליישובים נוספים, אנו תקווה כי מדריך זה ישמש את מנהלי הארגונים ואנשי המקצוע בשדה בביצוע התכנית להקמת צוותים לתיאום ולטיפול משולב באדם הזקן ובבני משפחתו. המדריך יעודכן במהלך התקופה בה תתבצע הרחבת התכנית לשלושים רשויות נוספות.

מקורות

ברג-ורמן, א', רזניצקי, ש', וברודסקי, ג'. (2018). *מי מטפל במטפל? שירותי הבריאות, בני משפחה מטפלים ומה שביניהם*. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

ברודסקי, ג', רזניצקי, ש', וסיטרון, ד'. (2011). *בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה*. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

הזקנים בישראל: שנתון סטטיסטי (2017). ירושלים: ג'וינט ישראל אשל, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

חוק ביטוח סיעוד, התשמ"ח, 1988.

חוק הביטוח הלאומי, תש"ן, 1989.

יקוביץ, א', בריק, י', וקטן, י'. (2014). *השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל: הצורך בעיצוב תכנית-אב לאומית – נייר עמדה*. גרונטולוגיה, מ"א (2): 73-11.

שדמון-אזרד, ש', רזניצקי, ש', לרון, מ', וברודסקי, ג'. (2018). *סקירת תכניות לבני משפחה המטפלים באדם עם דמנציה*. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., & Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies*. http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_102418-7.pdf.

Grone, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European Office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1-28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335>.

Kodner, D.L. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, (2): 1568-4156.

World Health Organization (WHO). (2016). *Integrated Care Models: An Overview*.

נספחים

נספח מספר 1: טופס ויתור סודיות

לכבוד

שירותי בריאות כללית

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת הרווחה

המרכז הרפואי

אחר: _____

ג.א.נ,

אני החתום מטה, מאשר כי הסכמתי להשתתף בתכנית הטיפול המשולב – integrated care (להלן: "התכנית") המתבצעת על ידי _____ (להלן:).

על מנת שאוכל לקבל את השירות המיטבי עבורי במסגרת התכנית, הנני נותן/ת בזה רשות לכם ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, למסור למתאם/ת הטיפול מטעם העמותה, גב' /מר _____ (להלן: "מתאם/ת הטיפול") או לקבל ממתאם/ת הטיפול או מן העמותה, כל מידע על מצבי הבריאותי ו/או הרפואי ו/או הנפשי, לרבות בתחום הסוציאלי או סיעודי או שיקומי או תפקודי, בעבר ובהווה.

הנני משחרר/ת אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או כל מידע אחר הקשור בי ומוותר/ת על סודיות זו כלפי העמותה ומתאם/ת הטיפול, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

הנני מאשר/ת כי חתמתי על מסמך זה מרצוני הטוב והחופשי.

פרטי המשתתף/ת (במקרה של חסוי, יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז: _____

כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

פרטי העד לחתימה (רופא, אחות, עו"ס, אחר: _____)

תפקיד: _____ מס' רישיון: _____

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז: _____ כתובת: _____

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____

נספח מספר 2: טופס הפניה מקוון

טופס הפניה לשירות "הטיפול המשולב בזקן"

שלום רב,

טופס זה מיועד להפניית זקנים הזקוקים לסיוע במסגרת תכנית "הטיפול המשולב בזקן".

אנא מלא את המידע.

בתודה על שיתוף הפעולה,

צוות התכנית

עיר/מועצה (הסניף שאליו מופנה הזקן)

פרטי איש מקצוע מפנה

שם פרטי	שם משפחה
שם הארגון	תפקיד בארגון
כתובת הארגון	טלפון נייד
דוא"ל בעבודה	טלפון נוסף
פקס בעבודה	

פרטי הזקן

שם משפחה	שם פרטי
מגדר	ת.ז.
טלפון נייד	טלפון בבית

כתובת (זקן)	*נא לציין קידומת לטלפון בבית
יישוב (זקן)	גיל
*הכניה לנשים מגיל 64 ולגברים מגיל 67	קופ"ח

פרטי אפטרופוס (אם יש)

טלפון (אפטרופוס)	שם אפטרופוס
---------------------	----------------

האם ניתן לתקשר עם האדם הזקן ישירות, לצורך קביעת ביקור בית, או שיש צורך בתיאום נוסף

שם וטלפון של איש הקשר

מהן הסיבות העיקריות להפניית הזקן לשירות טיפול המשולב בזקן?
אם יש חשש להזנחה או התעללות, נא לציין זאת

נספח מספר 3: טופס אינטייק

את טופס האינטייק ממלא מתאם הטיפול במהלך ביקור הבית הראשון או מיד לאחריו.

שם הזקן: _____ ת.ז. _____

כתובת _____ טלפון _____ קופ"ח _____

עובד סוציאלי ברווחה _____

שם מתאמי הטיפול: _____

תאריך הביקור: _____

אם שני בני הזוג זקוקים לתיאום טיפול: יש למלא בנפרד שאלון עבור בן/בת הזוג

מידע רקע על הזקן ועל בני משפחתו

מגדר: 1. גבר. 2. אישה

שנת לידה: _____

ארץ לידה: 1. ישראל. 2. אחר, פרט: _____ שנת עלייה: _____

מצב משפחתי: 1. רווק. 2. נשוי/עם בן זוג. 3. גרוש/פרוד. 4. אלמן

שפת הדיבור העיקרית: 1. עברית. 2. רוסית. 3. ערבית. 4. אמהרית. 5. אחר: _____

יכולת לשוחח שיחה פשוטה בעברית:

1. באופן חופשי או כמעט חופשי 2. יכול עם קשיים 3. יכול עם הרבה קשיים 4. לא יכול בכלל 5. לא יכול בגלל ירידה קוגניטיבית

השכלה (בית הספר האחרון שבו למד):

לא למד כלל/ לא סיים יסודי 2. יסודית/חטיבת ביניים 3. תיכונית 4. על-תיכונית (לימודי תעודה, סמינר, ישיבה). 5. אקדמאית (אוניברסיטה, טכניון, מכללה אקדמית). 6. אחר, פרט _____

מידת דתיות: 1. דתי מאוד/חרדי 2. דתי 3. מסורתי 4. לא דתי/חילוני

ניצול שואה: 1. כן 2. לא

מסגרת מגורים: 1. בבית שלו 2. בבית של בן משפחה 3. בדור מוגן 4. אחר, פרט _____

עם מי גר? 1. גר לבד 2. עם מטפלת 3. עם בן זוג 4. עם בני משפחה אחרים

(ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)

מספר האנשים הגרים בדירה הזו (כולל מטפלת אם יש): _____ מספר החדרים בדירה:

פרטי בני המשפחה ותומכים בלתי פורמליים אחרים (כגון חברים ושכנים) של הזקן:

שם פרטי ומשפחה	סוג קרבה	האם גר עם הזקן	יישוב מגורים	טלפון בבית	טלפון נייד	האם ישנה בעיה כלשהי עם בן המשפחה (כגון מחלה כרונית, בעיה תפקודית)? פרט	מערכת היחסים עם הזקן (תומכת, תקינה, קונפליקטואלית וכו')
	1. בן זוג 2. בן/ בת 3. אחר, פרט	1. כן 2. לא	1. אשקלון 2. אחר, פרט				

תומך עיקרי: מי מבני המשפחה עוזר לזקן הכי הרבה בחיי היום-יום או שנמצא עמו בקשר

שם: _____ יחס קרבה: _____.

אפוטרופסות: 1. אין 2. יש לגוף 3. יש לרכוש 4. יש לרכוש ולגוף
מי האפוטרופוס? _____

ייפוי כוח: 1. אין 2. יש, נוטריוני (לרכוש) 3. יש, רפואי 4. יש, נוטריוני ויש
רפואי
מי מיופה הכוח? _____

האם יש בן משפחה שלא עובד בשכר בשל הצורך לטפל בזקן: 1. לא
2. כן, הפסיק לעבוד עקב הטיפול 3. כן, נמנע מעבודה עקב הטיפול

הפסד שעות עבודה של בני משפחה בשל הצורך לעזור לזקן בחודש
האחרון (ימי עבודה מלאים יש להמיר לשעות): 1. לא היו 2. היו, פרט מי
וכמה שעות עבודה הפסיד _____

תעסוקה בעבר ומקורות פרנסה של הזקן ומשפחתו

מקורות הכנסה כיום (סמן V במקום המתאים):

מקור ההכנסה	כן	לא	לא יודע
פנסיה ממקומות העבודה שבהם עבד			
השלמת הכנסה מביטוח לאומי			
קצבת נכות מהביטוח הלאומי			
גמלת שירותים מיוחדים מהביטוח הלאומי			
קצבת שאירים מביטוח לאומי			
קצבה חודשית ממשרד האוצר (הרשות לזכויות ניצולי השואה או הלשכה לשיקום נכים לשעבר)			
רנטה חודשית מגרמניה או מוועידת התביעות			
הכנסה מעבודה			
תשלום לשכר דירה ממשרד הקליטה			

הכנסה נטו בחודש האחרון של הזקן ובני משק ביתו מכל מקורות ההכנסה - מעבודה, מפנסיה, מקצבאות, משכר דירה וכדומה (נטו בש"ח):

עד 2,500 ₪	6,501 - 9,000 ₪	17,001 - 24,000 ₪
2,501 - 4,000 ₪	9,001 - 10,000 ₪	מעל 24,000 ₪
4,001 - 5,000 ₪	10,001 - 13,000 ₪	לא יודע
5,001 - 6,500 ₪	13,001 - 17,000 ₪	לא מוכן לענות

בעיות רפואיות עיקריות

מחלות ובעיות רפואיות עיקריות בשנה האחרונה:

המחלה	כן	לא	לא יודע/ דרוש מידע נוסף
יתר לחץ דם	1	2	9
סוכרת	1	2	9
אירוע מוחי	1	2	9
מחלת לב	1	2	9
מחלת פרקינסון	1	2	9
מחלת פרקים (אוסטאורטריטיס)	1	2	9
מחלת ריאות חסימתית (COPD) או אסטמה	1	2	9

המחלה	כן	לא	לא יודע/ דרוש מידע נוסף
מחלות בדרכי השתן והכליות	1	2	9
סרטן	1	2	9
אי-שליטה על שתן	1	2	9
דיכאון	1	2	9
מחלת נפש, פרט: _____	1	2	9
אחר, פרט: _____	1	2	9

עבר פסיכיאטרי: 1. לא 2. כן, פרט: _____

הידרדרות קוגניטיבית או דמנציה:

1. לא 2. כן : מידת ההידרדרות הקוגניטיבית:

קלה (תחילת הדרך, שלב האבחון והופעת סימנים, כמו ירידה ברורה בזיכרון או איבוד חפצים).

בינונית (הידרדרות נוספת בזיכרון, ביכולת להתרכז ולקבל החלטות, ולפעמים גם ביכולת לתפקד בחיי היום-יום).

קשה (חלה ההידרדרות נוספת ויש תלות מוחלטת בבן המשפחה או במטפל, כולל האכלה, שימוש בשירותים וכד').

לא ניתן לקבוע את רמת החומרה.

אבחון של אלצהיימר/דמנציה? 1. כן 2. לא

מספר האשפוזים ב-12 החודשים האחרונים: _____

מספר ימי האשפוז (בממוצע) בכל אחד מהאשפוזים: _____

אשפוז/שיקום ממושך (יותר משבועיים) ב-12 החודשים האחרונים:

מספר ביקורים במיון (ללא אשפוז) ב-12 החודשים האחרונים: _____

מספר ביקורים אצל רופא משפחה בשלושת החודשים האחרונים: _____

תאריך ביקור אחרון: _____

מספר ביקורים אצל רופא מקצועי בשלושת החודשים האחרונים:

תאריך ביקור אחרון: _____

שירותים שהזקן מקבל היום
האם הזקן מוכר למחלקת הרווחה?

לא 2. כן - תאריך קשר אחרון עם עו"ס _____

זכאות לגמלת סיעוד:

1. כן, רמת גמלה _____ 2. לא פנה 3. פנה ונדחה בשל רמת ההכנסה

4. פנה ונדחה בשל מידת המוגבלות

חברת סיעוד שם של מטפלת טלפון של מטפלת

מקור מימון (יותר מתשובה אחת אפשרית)	תדירות			כן/ לא	סוג השירות
1. חוק סיעוד 2. פרטי 3. קופת חולים 4. אחר, פרט	סה"כ שעות שבועיות	מס' שעות ביום	מס' פעמים בשבוע		
					מטפלת
					מרכז יום
					מועדון
					מועדון מועשר/ מוכת
					קהילה תומכת
					בית חם
					מתנדב

סוג השירות	כן/ לא	תדירות			מקור מימון (יותר מתשובה אחת אפשרית)
לחצן מצוקה					
ארוחות מוכנות					
עוזרת בית					
טיפול בית של הקופות 1. יחידה להמשך טיפול 2. טיפול בית 3. הוספיס בית 4. אחר, פרט					
אבחון גריאטרי/ הערכה גריאטרית מעודכנת					
שירותי שיקום (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק)					
מרפאת זיכרון/ מרפאה פסיכוגריאטרית					
אחר, פרט					

תחומים ללא מענה מספק לצורכי הזקן: הטבלה הבאה מיועדת לזהות את הבעיות העיקריות של הזקן ואת הצרכים שאין להם מספיק מענה היום. למשל: אין מי שישפך את העזרה, העזרה לא בשעות המתאימות, חסרה הדרכה, אין שיתוף פעולה של הזקן, חוסר יכולת של המשפחה לטפל. יש למלא את הטבלה עד לכירוס הבעיה (כולל) ובשלב סיכום הנתונים, למלא את הפתרונות ולדרג את הקדימות באופן יחסי **(בין 5 דחוף מאוד – 1 לא דחוף)**

תחום	האם יש בעיה/ צורך בתחום	האם יש מענה מספק לבעיה	פירוט הבעיה	פתרונות ושירותים רצויים	הקדימות
טיפול אישי					
רחצה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
הלבשה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
שימוש בשירותים/ החלפת אמצעי ספיגה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
מעבר מהמיטה לכיסא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
אכילה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
השגחה ביום	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
השגחה בלילה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
סיכום					
ניהול משק הבית					
ארוחה קלה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
ארוחה חמה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
ניקיון הבית	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
כביסה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
קניות	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
ניהול עניינים כספיים	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
סיכום					
מצב רגשי					
חוסר שקט	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		
חוסר שיתוף פעולה עם המטפלים	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא		

תחום	האם יש בעיה/ צורך בתחום	האם יש מענה מספק לבעיה	פירוט הבעיה	פתרונות ושירותים רצויים	הקדימות
אגרסיביות	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
חשדנות	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
אפטיה/סימנים של דיכאון	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
בעיות שינה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
סיכום					
מצב חברתי					
בדידות	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
חוסר פעילות חברתית	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
העדר פעילות פנאי	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
חוסר יציאה מהבית	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
סיכום					
בעיות בריאות					
ראייה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
שמיעה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
שיניים	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
נפילות	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
כאבים	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
בעיות נטילת תרופות (כולל היענות, הבאת תרופות וכו')	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
בעיות בהיענות לטיפול רפואי	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			

תחום	האם יש בעיה/ צורך בתחום	האם יש מענה מספק לבעיה	פירוט הבעיה	פתרונות ושירותים רצויים	הקדימות
אביזרי עזר (כיסא גלגלים, מקל הליכה, הליכון וכו')	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
בעיה בריאותית אחרת, פרט	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
סיכום					
בעיות חברתיות-כלכליות					
בעיות בסביבת הדיור (ציוד בסיסי, מצב הדירה, חימום קירור)	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
התאמה של הדירה לזקן (כולל מעקב במקלחת וכו')	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
עוני/צריכה של מוצרים בסיסיים	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
סיכום					
הזנחה/התעללות					
כלפי הזקן	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
של הזקן כלפי בני המשפחה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
בעיות בקשר עם בני המשפחה ובהתגייסות של המשפחה לטפל בזקן	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
סיכום					
נגישות					
נגישות לשירותים ולטיפולים	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
בעיות תחבורה כדי להגיע לאירועים חברתיים	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
סיכום					

תחום	האם יש בעיה/ צורך בתחום	האם יש מענה מספק לבעיה	פירוט הבעיה	פתרונות ושירותים רצויים	הקדימות
בעיות של בני המשפחה מטפלים					
עומס יתר	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
בעיות בריאות (הזנחת בריאותם)	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
צורך בהפיגה	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
צורך במידע על זכויות	1. כן 2. לא	1. כן 2. לא			
סיכום					

האפשרות של מעבר לסידור מוסדי:

1. לא נשקלת/לא נבדקת 2. כן נשקלת/נבדקת, פרט:

הציפיות של הזקן ומשפחתו משירות תיאום הטיפול:

1. _____
2. _____
3. _____

שמות אנשי הקשר המטפלים בזקן בשירותים השונים:

שם	מס' טלפון
שם וסניף קופת חולים	
רופא משפחה מטפל	
רופא גריאטר מטפל	
אחות מעקב	
שם וסניף לשכת רווחה (במידה שמוכר ברווחה)	
עובדת סוציאלית מטפלת	
פקיד תביעות הביטוח הלאומי	
אחר, _____	

גורם מטפל משמעותי בעבר (במקרה שדרוש מידע נוסף):

שם: _____ תפקיד: _____

טלפון: _____

סיכום הטופס

מקורות המידע לאינטייק (אפשרית יותר מתשובה אחת):

1. טופס הפניה

2. ביקור בית

3. תיק ברווחה

4. תיק רפואי קופת חולים

5. ביטוח לאומי (כולל ועדה מקומית)

6. שיחה עם עובד סוציאלי ממחלקת הרווחה

7. שיחה עם רופא משפחה

8. שיחה עם אחות מרפאה

9. שיחה עם גורם אחר, פרט: _____

סיכום מורכבות המקרה

הערכת מידת הבעייתיות של הזקן בכל תחום:

סוג הבעיה	במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מסוימת	במידה מועטה/ בכלל לא
טיפול אישי	4	3	2	1
ניהול משק הבית	4	3	2	1
מצב רגשי	4	3	2	1
מצב חברתי	4	3	2	1
מצב בריאותי	4	3	2	1
מצב חברתי-כלכלי	4	3	2	1
הזנחה/ התעללות	4	3	2	1
נגישות	4	3	2	1
צורכי בני המשפחה	4	3	2	1

ההפניה לניהול טיפול נעשתה עקב:

1. מצב של משבר חדש (אשפוז, התאלמנות, ילדים שהתרחקו).
2. הידרדרות במצב תפקודי/ פיזי/ קוגניטיבי.
3. בעיות לא פתורות מתמשכות/כרוניות בתחומי הרווחה, הבריאות וכדומה.
4. אחר, פרט _____
5. מה הסיבה המרכזית לצורך בתיאום טיפול? _____

א. מידת הדחיפות להמשך ההתערבות:

1. דחוף מאוד
2. דחוף במידה מסוימת
3. לא כל כך דחוף

ב. התקבל לתכנית תיאום טיפול 2. המתנה להתייעצות בפורום

3. נדחה, סיבה: _____

אם נדחה, האם הופנה לשירות או גוף אחר? 1. לא 2. כן, פרט _____

מטרת ההתערבות (יש לנסח את המטרה במשפט אחד ובצורה תוצאתית - למה שואפים להגיע בתום ההתערבות):

תכנית טיפול: הצעה ראשונית לטיפול

יעד	פרט את הצעדים לביצוע והשגת כל יעד	תאריך לביצוע

נספח מספר 4: טופס סיום טיפול

(ימולא עם האדם הזקן. עותק יישאר אצלו)

תאריך _____

מר/גב' _____ יקר/ה!

סיכום וסיום הטיפול במסגרת התכנית לטיפול המשולב בזקן
בחודשים האחרונים נפגשנו כדי לטפל במספר צרכים שהועלו בפנינו:
הדברים שבהם טיפלנו בהצלחה הם:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

הצענו לטפל גם ב:

1. _____

2. _____

אבל לא טיפלנו, כי לא היית מעוניין בכך או מסיבה אחרת.

דברים שנשארו להמשך טיפול:

1. _____

2. _____

ויטופלו מהיום על ידי _____ (שם וטלפון)

שם איש (אנשי) הקשר/המקצוע, אליו תוכל לפנות בעתיד הוא _____,
טלפון _____.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה ועל האמון שנתת בנו כדי לסייע לך!

מאחלים לך כל טוב,

בברכה

_____, מתאם הטיפול, "הטיפול המשולב בזקן"



משרד העבודה הרווחה
והשירותים החברתיים



לאומית

