



המוסד לביטוח לאומי
אגף סיעוד
בשיתוף עם



שירותי בריאות כללית
חטיבת הקהילה



שרד הרווחה והשירותים החברתיים
השירות לזקן

י"ג טבת, תשע"ה
4 ינואר, 2015

אל: חברי הוועדות המקומיות

הנדון: חוזר ועדות - השלמת שעות טיפול על ידי מרכז יום במצבים של היעדרות מטפל/ת לטיפול

אישי בבית

1. כללי

לאחרונה פנו אלינו מנהלים של מרכזי יום ובקשו לשקול אפשרות להשלמת שעות על ידי שהייה במרכז יום, בעת היעדרות מטפל/ת (להלן: טיפול חלופי במרכז יום). הנושא נבחן על ידי צוות חשיבה שהתמנה כדי לבדוק את הנושא. הצוות המליץ לאפשר להשלים את שעות הטיפול, בעת היעדרות המטפל/ת - באמצעות ביקור במרכז יום. היכרות עם מרכז יום מומלצת עבור זכאים אשר יכולים על פי שיקול דעת מקצועי של עו"ס ואחות, להנות משירותי מרכז היום. זאת כמובן בהתאם לזמינות ונגישות מרכז יום באזור. עוד נקבע שהביצוע ייבחן במשך שנה, ולאחר מכן, תתקבל החלטה אם להמשיך ולאפשר זאת, בהתאם לנתונים שייאספו ולניסיון שיצטבר. לאור זאת, הוחלט להמליץ בפני נותני שירותים לטיפול אישי בבית, לנהל בעת קליטת זכאי חדש, תהליך של היכרות מוקדמת של הזכאי עם מרכז היום בתנאים של "מבקר מזדמן" ולבחון אם יש התאמה בין מרכז היום לזקן וההפך. היכרות מוקדמת עם מרכז יום, עשויה לאפשר קבלת שירות במרכז יום במצב של היעדרות מטפל/ת.

בחינה זאת של התאמת הזקן למרכז היום וההפך, לא תהיה כרוכה בתשלום למרכז היום. עיקר האחריות לביצוע הנוהל, מוטל על העובדים הסוציאליים של נותני השירותים לטיפול אישי בבית ומרכזי היום.

2. תנאים לביצוע הנוהל

את הנוהל ניתן יהיה להפעיל, החל מהיום הראשון להיעדרות המטפל/ת בתנאי שמתקיימים כל התנאים הבאים:

- א. הזקן ביקר במרכז היום, לשם בחינת התאמתו למרכז היום.
- ב. הזקן הסכים להשלמת טיפול באמצעות ביקור במרכז היום. בכל מקרה, יש לבקש הסכמת הזקן מחדש בעת ביצוע הנוהל, גם אם בעבר הביע הסכמה לכך.

ג. מרכז היום מכיר את הזקן וערוך ומוכן לקלוט אותו בעת ההיעדרות של המטפל/ת.

לתשומת לב:

בד"כ, ידוע לנותן השירותים מראש על היעדרות מתוכננת של המטפל/ת, ולכן ניתן להודיע למרכז היום מבעוד מועד.
יחד עם זאת, אם יוצר מצב שבו המטפלת נעדרת מן העבודה באופן פתאומי ומתקיימים כל התנאים המפורטים לעיל, אין כל מניעה מכך שהזקן יבקר במרכז היום, החל מיום ההיעדרות הראשון של המטפל/ת.

3. ביצוע הנוהל

עובד סוציאלי של נותן השירותים לטיפול אישי בבית, אחראי לביצוע הנוהל. עליו:

- א. לוודא שבוצע שלב ההיכרות המוקדמת בין הזקן לבין מרכז היום.
- ב. לבדוק עם עו"ס של מרכז היום, אפשרות לקלוט את הזקן במועד הרצוי: לוודא שיש התאמה בין מרכז היום והזקן, שיש מקום פנוי במרכז היום ולוודא שיש סידורי ההסעה למרכז היום, שמתאימים לזקן.

ג. לקבל את הסכמת הזקן לכך. מומלץ שבן משפחה יתלווה אל הזקן ליום הראשון במרכז היום.

ד. להנחות את משפחת הזקן להמציא אישורים רפואיים + רשימת תרופות מעודכנת. הזקן יוכל לקחת איתו למרכז היום את התרופות.

ה. לשלוח למרכז היום טופס הפניה + הזמנה והתחייבות להעברת תשלום מאת נותן השירותים. העתק ישלח אל מרכז הועדה ומחלקת הסיעוד בסניף.

ו. במידה ועו"ס ימצא שקיימת הדרדרות תפקודית במצב הזקן, יתאם עם אחות במרפאה, ביצוע הערכה תפקודית אשר תצורף לטופס ההפניה

בטופס ההפניה יופיע מידע על המצב התפקודי המעודכן של הזקן, פירוט של פעולות היום יום שהזקן זקוק בהן לסיוע, מידע נוסף כגון: התזונה המתאימה לו, על סידורי ההסעות למרכז היום וכן פירוט של מס' השעות השבועיות המוזמנות מנותן השירות כל זאת ע"פ הצורך (מצ"ב נספח מס' 1).

ז. להודיע למרכז היום על הפסקת ביקוריו של הזקן, במרכז היום בשל חזרת המטפל/ת לטפל בזקן בביתו, לכל המאוחר, עד 24 שעות מראש.

ההשלמה אפשרית רק במהלך החודש הקלנדרי שבו המטפל/ת נעדר/ה

4. אחריות העובד הסוציאלי במרכז היום

העובד הסוציאלי במרכז היום אחראי:

- א. לוודא שנתקבלו מסמכים רפואיים עדכניים של הזקן + רשימת תופות מעודכנת שלו.
- ב. לתאם את סידורי ההסעה של הזקן למרכז היום.
- ג. למלא החלטה על קליטת זקן במרכז יום (ראה נספח מס' 1).
- ד. לקבל מעו"ס נותן השירות טיפול אישי בבית: טפסי הפניה, הזמנה והתחייבות להעברת תשלום.

5. מידע לוועדה המקומית

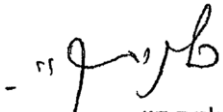
נותן שירותים לטיפול אישי בבית, **חייב להודיע מידית** למרכז הוועדה המקומית על:


- היעדרות צפויה של מטפלת/למשך שלושים ימים קלנדריים ומעלה. (לדוגמה, במצבים שבהם עובד זר נוסע לחופשת מולדת).
- החלטת זקן להמשיך ולבקר במרכז היום, במתכונת כלשהי (למשל: כשירות חליפי, או כתכנית טיפול משולבת וכו').

לתשומת לב - תכנית הטיפול נקבעת על ידי הוועדה המקומית בלבד, ולכן כל שינוי בה (החלפה קבועה של קבלת השרות במרכז יום במקום טיפול בבית) יכול להיעשות על ידי הוועדה בלבד.

6. השתתפות הזכאי בתשלום

מרכז היום רשאי לגבות מהזקן סך של עד 15 ₪ ליום ביקור, כנהוג לגבי כל המבקרים במרכז היום.


כלנית ק"
ראש אגף סיעוד בקהילה
שירותי בריאות כללית


סימונה שטיינמן
סגנית מנהלת האגף לשירותים אישיים
ומ"מ מנהלת השירות לזקן
משרד הרווחה והשירותים החברתיים


בברכה,
ארנה זמיר
מנהלת אגף סיעוד
המוסד לביטוח לאומי

העתק: גב' אילנה שרייבמן, המשנה למנכ"ל וראש מינהל הגמלאות, המוסד לביטוח לאומי
מנהלי סניפים, המוסד לביטוח לאומי
מנהלי תחום גמלאות, המוסד לביטוח לאומי
גב' רבקה רוזנברג-בושם, מנהלת תחום בכירה סיעוד, המוסד לביטוח לאומי
גב' דליה רוזינק, מפקחת ארצית בקהילה, השירות לזקן, משרד הרווחה
גב' לריסה ראם, ראש תחום זקנה ומחלות כרוניות, שירותי בריאות כללית
גב' רוחמה מרזם, אחראית לנושא הוועדות המקומיות, המוסד לביטוח לאומי
מנהלי לשכות הרווחה ברשויות המקומיות

**הנחיות לוועדה המקומית מתפרסמות מטעם הצוות הבינמשרדי –
השירות לזקן במשרד העבודה ורווחה, שירותי בריאות כללית וביטוח לאומי**

טופס הפניה של הזקן למרכז יום (מנותן שירותים: טיפולי בית)

תאריך ההפניה _____

שם נותן השירותים _____ שם מרכז היום _____

א. פרטים מזהים:

שם משפחה ופרטי _____ מס' ת"ז _____ שנת לידה _____

מין: זכר נקבה שפות דיבור: _____

כתובת _____ טלפון נייד _____ טלפון נייד _____

גר לבד - כן לא

איש קשר: שם _____ יחס קרבה לזקן _____

כתובת _____

טלפון בבית _____ טלפון בעבודה _____ טלפון נייד _____

מרפאת קופ"ח: _____ טלפון _____

מצב תפקודי נוכחי _____

ב. הזקן זקוק לסיוע בפעולות:

ניידות הלבשה רחצה אכילה טיפול בהפרשות

מצב קוגניטיבי: תקין דמנציה קלה בינונית מתקדמת

האם קיימת מחלה סכרתית? לא כן, פרט מידת חומרה, מגבלות וטיפול רפואי שמקבל

_____ אחר, פרט _____

ג. סל צרכים מיוחדים: כלכלה - אוכל דל שומן, דל מלח, מרוסק, אחר (פרט) _____

הסעות: זקוק ל- ליווי בהסעות, רכב עם מעלון

הערות נוספות _____

ד. מספר שעות הטיפול השבועיות המוזמנות על ידי המוסד לביטוח לאומי _____ מצ"ב: טופס הזמנה והתחייבות לתשלום

שם המפנה ותפקידו _____

טלפון _____ תאריך _____

החלטת מרכז היום

מתאים לבקר במרכז היום

מעוניין לבקר במרכז היום בימים: סמן בעיגול: א' ב' ג' ד' ה' ו'

אינו מתאים לבקר במרכז היום: פרט _____

שם _____ תפקיד _____ חתימה _____

נספח מס' 2

תאריך _____

טופס הזמנה והתחייבות לתשלום

שם החברה נותן שירותים _____ שם מרכז היום _____

לכבוד

מרכז יום _____

שלום רב,

הנדון: מר/גב' _____ ת"ז: _____

כתובת: _____

הנני מפנה אלייך את הנ"ל לשם ביקורים במרכז היום, החל מיום _____, במסגרת טיפול חלופי בשל היעדרות המטפל/ת שלו. הנ"ל נתן הסכמתו לקבל שירות חליפי במרכז היום. נודיעכם על חזרת המטפל/ת לטפל בו, עד 24 שעות לפני חזרתו/ה. לידיעתכם, עבור הנ"ל מוזמנים מחברתנו _____ שעות טיפול בשבוע. השבוע הוא ניצל _____ שעות. הננו מתחייבים לשאת בעלויות הטיפול החלופי. לנוחיותך מצ"ב נספח: בקשה לתשלום עבור ימי השירות החלופי במרכז היום.

בכבוד רב,

נותן השירותים

תאריך _____

אל: נותן שירותים: _____

הנדון: בקשה לתשלום עבור ימי השירות החלופי במרכז היום,

בעבור גב' / מר: _____ ת"ז: _____

הריני להודיעכם כי הנ"ל ביקר במרכז יום _____ מיום _____ עד יום _____, סה"כ _____ ימים.

נודה לכם על תשלום בסך _____ ש, בעבור תקופה זו.

בכבוד רב,

מנהל מרכז יום