



הלב פתוח לרווחה

מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
תחום מנהל ומשק – יחידת המכרזים



החלטה מס' 16

פרוטוקול מס' 26/2012

פרוטוקול מישיבת וועדת המכרזים המשודרת לרכישות טובין ושירותים

שהתקיימה בירושלים ביום ד' 13.06.2012

חברים:

מר שלמה גביסון, מנהל תחום מנהל ומשק – יו"ר הוועדה
גבי עדינה אטינגר, סגנית חשבת המשרד
עו"ד ליהיא שטרך-פיליפסון, נציגת היועצת המשפטית

הנושא על סדר היום:

התקשרות בפטור ממכרז עם אוניברסיטת חיפה (500701628) לצורך שימוש בכלים חדשים להערכה והתערבות לאנשים מזדקנים וזקנים עם פיגור שכלי.

החלטת הוועדה: הוועדה מפנה את הגורם המקצועי לפעול בהתאם לסעיף 3א לתקנות חוק חובת המכרזים.

היקף ההתקשרות:

היקף ההתקשרות מיום 13.06.2012 ועד ליום 31.06.2015 יהא בסך של כ- 2,500,000 ₪ על פי הצעת מחיר (המצ"ב). התשלום יעשה בהתאם לאבני הדרך המפורטות בטבלה המצ"ב.

תקנה תקציבית: 23.08.50.03 – מותנה בקיום תקציב בפועל ובאישור חוק התקציב מדי שנה. לא תתבצע התקשרות עם הספק כל עוד לא נחתם חוזה ו/או כתב הזמנה חתום כדין.

הערות ונימוקים להחלטה:

מדובר בהתקשרות בפטור ממכרז עם אוניברסיטת חיפה לצורך שימוש בכלים חדשים להערכה והתערבות לאנשים מזדקנים וזקנים עם פיגור שכלי.

שליש מאוכלוסיית המטופלים של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי הם מזדקנים וזקנים (גילאי 45 שנים ומעלה כפי שהספרות הבינלאומית מגדירה מזדקנים וזקנים באוכלוסייה זו). כדי להעריך לטיפול מתאים באוכי הנ"ל יש לפתח כלי הערכה ועל בסיסם תוכניות התערבות שיאפשרו מתן שירותים איכותיים, חיים עם משמעות ומניעת מחלות והדרדרות פיסית.

בשנה האחרונה האגף נחשף לכלים ולהתערבויות חדשניות שמופעלים במדינות העולם. באמצעות כלים אלה נעשות תוכניות התערבות אישיות סביבתיות וארגוניות מותאמת לאחר פגישה עם מומחים בינלאומיים שמשתמשים בכלים המוצעים עפ"י הערכת המומחים, בתוכנית לא נדרש שינוי משאבים משמעותי אלא שינוי תפיסה, התארגנות וסדר פעילויות.

לדברי הגורם המקצועי בכוונתם לבצע פיילוט ב-3 מסגרות בהיקף של 200 חוסים במסגרות פנימייה, הוסטל ומע"ש.

ארגון "Inter Rai" מפעיל את הכלי ואתראי על פיתוחו ע"י ארגון הבריאות הבינלאומי בהאג. ישראל חברה בארגון ומיוצגת ע"י פרופ' גינדין מאוני' חיפה אשר מפעיל את התוכנית בבתי אבות בארץ.

לפיכך, ובהתאם למצב הדברים בפועל, פרופ' גינדין מאוניברסיטת חיפה הינו היחיד אשר יכול לבצע את ההתקשרות כאמור, מאחר שארגון "Inter Rai" נתן רישוי מיוחד להפעיל את התוכנית ולהשתמש בכלים החדשים והמגוונים שפותחו להערכה והתערבות לאנשים מזדקנים וזקנים עם פיגור שכלי.

וועדת המכרזים מפנה את הגורם המקצועי לפעול בהתאם לסעיף 3א לתקנות חוק חובת המכרזים.

עו"ד לירוא שטרך-פיליפסון

גבי עדינה אטינגר סגנית חשב המשרד

מר שלמה גביסון – יו"ר הוועדה

ירושלים: רח' יד חרוצים 10, אזור התעשייה תלפיות, ת.ד. 1260, מיקוד 91012 טלפון: 02-6708433 פקס: 02-6730530

ממשל זמין: WWW.GOV.IL



אתרנו באינטרנט: WWW.MOLSA.GOV.IL



הלב פתוח לרווחה

מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי
הנהלת האגף



כ"ג באייר תשע"ב
15 במאי 2012
מספרנו - 9103

לכבוד
ועדת מכרזים

שלום רב,

הנדון: שימוש בכלים חדשים להערכה והתערבות לאנשים מזדקנים וזקנים עם פיגור שכלי

1/3 מאוכלוסיית המטופלים של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי הם מזדקנים וזקנים (גילאי 45 שנים ומעלה כפי שהספרות הבינלאומית מגדירה מזדקנים וזקנים באוכלוסייה זו)

תוחלת החיים של אנשים אלו עולה משנה לשנה לשמחתנו. כדי להעריך לטיפול מתאים באוכלוסייה, כפי שהדבר נעשה ברוב ארצות העולם המערבי, עלינו לפתח כלי הערכה ועל בסיסם תוכניות התערבות שיאפשרו מתן שירותיים איכותיים, חיים עם משמעות ומניעת מחלות והדרדרות פיסית.

עד עתה האגף עשה כמיטב יכולתו בכלים שעמדו לרשותו. נחשפנו בשנה האחרונה לכלים ולהתערבויות החדשניות ביותר שמופעלים במדינות העולם. באמצעות כלים אלו נעשות תוכניות התערבות אישיות סביבתיות וארגוניות מותאמת (ע"פ הערכתנו והערכת המומחים לא נדרש שינוי משאבים משמעותי אלא שינוי תפיסה, התארגנות וסדר הפעילויות).

פגשנו מומחים בינלאומיים שמתמשים בכלים המוצעים ופגשנו אנשים מזדקנים וזקנים שאורח חייהם השתנה לחלוטין כתוצאה מהערכה וההתערבות שהוחלט עליהם על בסיס זה.

מי שמפעיל את הכלי ואחראי על פיתוחו הוא ארגון ה-Inter Rai ע"י ארגון הבריאות הבינלאומי בהאג. ישראל חברה נכבדה בארגון ומיוצגת ע"י פרופ' גינדין מאוניברסיטת חיפה שמרצה בחוג לגרנטולוגיה ומפעיל את התוכנית בבתי אבות בארץ. התוכנית המוצעת תורגמה לעברית והותאמה כבר במספר ארצות בעולם לאנשים זקנים ומזדקנים עם פיגור שכלי (קנדה, אוסטרליה) מדינות אלו ע"פ נוהלי ה-Inter Rai ילוו את ישראל ביישום התוכנית.

ארגון ה-Inter Rai נותן רישוי מיוחד למדינות להפעיל את התוכנית ובכל מדינה נבחר נציג מוביל ואוניברסיטה מובילה אליה הוא שייך.

הנציג הישראלי הוא פרופ' גינדין מאוניברסיטת חיפה. הם היתכדים בארץ שמותר להם להשתמש בחומרים המגוונים מאד שפותחו והם נציגי ישראל בארגון זה (מצ"ב האישור של נשיא ה-Inter Rai ד"ר פריס).

לכן, הואיל והם היחידים בארץ שמותר להם להפעיל את התוכנית, לעשות בה שינויים והתאמות הנדרשים לאוכלוסייה שלנו ולקשר אותנו עם מדינות אחרות בעולם שעוסקות בפיגור שכלי, אנו מבקשים להתקשר איתם מיידית ולהחל בהפעלת התוכנית למזדקנים ולזקנים שזקוקים לה מאד. השרותים הקיימים כיום כולל אבחון לא עונים על צורכיהם הייחודיים, מעבר לכך מדינת ניו יורק שמפעילה פרויקט דומה לאוכלוסייה של זקנים ומזדקנים עם פיגור שכלי, מעוניינת ליצור קשר מידי עם אנשי המקצוע שלנו כי שנוכל לעבוד במקביל ולתרום הדדית לקידום הנושא החשוב הזה.

המשרד הציב לו למטרה להתייחס לאוכלוסיית הזקנים בישראל בכלל והתבקשו במקביל לפתח תוכניות חיים לאנשים זקנים ומזדקנים עם פיגור שכלי.

מקווה שהתוכנית תאושר בהקדם.

בברכה,
 ד"ר חיה עמינדב
 סמנכ"לית בכירה
 ד"ר חיה עמינדב
 האגף לטיפול באדם המפגור
 סמנכ"לית בכירה
 ומנהלת האגף



March 21, 2012

Dr. Chaya Aminadav
Head Department for the Mentally Retarded
The Israel Ministry of Social Welfare

Re: interRAI Representatives and interRAI-related Licenses in Israel

Dear Dr Aminadav:

On behalf of the interRAI, I am very pleased to hear of your consideration of using use of interRAI assessment systems in your nation. We believe that these systems can contribute substantially to the welfare and health of Israelis.

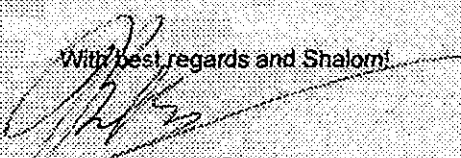
In particular, I am pleased with your interest in our assessment system for persons with intellectual disability/mental retardation/developmental disability (interRAI ID). Since I spoke about this instrument when I was in Israel, last September, it has been selected for statewide implementation by both the US States of New York and Arkansas. For example, in New York, this instrument will be used throughout its US\$10 Billion system serving 100,000 individuals. I would be pleased to put you in touch with the state officials involved in these decisions and implementations.

By this letter, I wish to confirm that we have provided an exclusive license to Puzzlesoft Ltd. as the sole organization to develop and sell interRAI-related software products.

I also wish to confirm that the interRAI fellow active in Israel and head of Israel InterRAI is Prof. Jacob Gindin of Haifa University. He is authorized locally to negotiate, plan and conduct projects with interRAI assessments and systems.

If you wish any additional information, please do not hesitate to contact me at the locations listed below.

With best regards and Shalom!


Brant E. Fries, Ph.D.
President

Brant E. Fries, Ph.D., President, 3577 Delhi Overlook, Ann Arbor, MI 48103 USA
tel: 734/936-2107; e-mail: bfries@umich.edu



מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי
הנהלת האגף



כ"ב בסיון תשע"ב
12 ביוני 2012
מספרנו - 9117

הצעת תוכנית התערבות לטיפול באנשים עם פיגור שכלי מזדקנים

יוני 2012

ד"ר חיה עמינדב, סמנכל בכיר ומנהלת האגף.

מבוא כללי

במקביל למגמת העלייה בתוחלת החיים בקרב האוכלוסייה הכללית במהלך המאה העשרים, אירע תהליך דומה אצל אנשים עם פיגור שכלי, המכונה כיום גם לקות אינטלקטואלית. עם הזדקנותה של אוכלוסייה זו, עומדים אנשי המקצוע המטפלים והתומכים באנשים אלה בפני אתגרים חדשים בתחומי הגרונטולוגיה, הגריאטריה, הסוציולוגיה והנכיות ההתפתחותיות. תכניות טיפול שעוצבו למבוגרים בגיל הצעיר ובגיל העמידה אינן מספקות, עומס התחלואה הגריאטרית הרגילה הנוסף עם הגיל למורכבות של לקויות הקודמות של האדם, אינם מוכרים דיים למומחי הגריאטריה או למומחי הלקויות ההתפתחותיות – כל קבוצה בנפרד. ביחד לא חשבו ולא עבדו שתי הדיסציפלינות עד עתה. על כן דורשות המערכות שילוב תורות, והתאמה והרחבה. זאת על מנת לשרת נכונה את האדם המזדקן עם פיגור שכלי.

תופעות ההזדקנות ותחלואי הגיל המבוגר מעצימים אילו את אילו, מואצים ומחריפים בקבוצה זו. הם חווים אותן בגיל מוקדם יותר, ובהדגשות של היבטים ספציפיים. מסבה זו ומאחרות - שיעור האנשים בגיל מבוגר עם פיגור שכלי, הזקוקים לסיוע בפעילויות ה-ADL וה-IADL השונות, הן בטיפול אישי והן ובניידות, הוא גבוה ומטפס כבר מגיל 40. ככל שעולה מספרם באוכלוסיית הגיל המבוגר, כך גובר הצורך הדחוף במתן מענה שיטתי לצרכיהם המשתנים והגדלים. במציאות החברתית והחוקית בישראל לא יהיה זה קביל שאדם עם פיגור שכלי שהזדקן יקבל שירות ירוד מבני גילו שאינם מוגדרים בעברם כמפגרים. מפתיע כי למרות שקבוצת האנשים המזדקנים עם פיגור שכלי הולכת וגדלה, היא עדיין נסתרת מן העין (גם באקדמיה), ואינה מטופלת כראוי בתחום זה. בהעדר מערכת משפחה צעירה בחלק גדול מהאנשים עם פיגור שכלי שהזדקנו בטיפול הורים או

הוסטלים, חשוב להכניס את הקבוצה הזו לקדמת סדרי העדיפויות של משרד הרווחה, האחראי להם כיום, הרשויות והמועצות המקומיות בהן הם חיים, קופות החולים והביטוח הלאומי. משרד הבריאות לא הצליח להתמודד עם קבוצה זו. אנו מבקשים להציע שיטת הערכה, טיפול ומעקב בינלאומית, שהיא מתקדמת, בפיתוחה, וכוללת את תחומי מצבם התפקודי והבריאותי של הקשישים עם פיגור שכלי. היא יכולה להצביע על הגורמים המעורבים והמשפיעים על התפקוד והבריאות ועל איכות החיים של הפרטים באוכלוסייה זו, ועל נקודות אותן יש לשפר בטיפול. בד בבד אנו מעוניינים באמצעות כלי ההערכה, הטיפול והמעקב אשר מוצע לשימוש המערכת הממשלתית והציבורית, להנחיל גם סטנדרטים בינלאומיים מתקדמים של הכשרת צוות, ושל הערכת טיפול, ואומדן תוצאים, וכן פיקוח מותאם.

מטרת ההתערבות :

מטרות ההתערבות:

1. הפעלה והטמעה במערכת המטפלת במפגרי המזדקן של הכלים הסטנדרטיים הבינלאומיים של interRAI המסגרתית LTCF, והקהילתי CHA להערכת האדם עם פיגור שכלי המזדקן, נשתמש גם בפרוטוקולים הטיפוליים הנובעים מהם – CAPS, להכוונת הטיפול והמעקב בבעיות השכיחות באוכלוסיות הקשישות המתגלות בהערכות, הכלים מהימנים ומתוקפים ובשימוש בינלאומי נרחב מחוץ לישראל.
2. ללוות בהערכה מדעית את ההטמעה של כלי ההערכה והטיפול, ובו בזמן לבדוק את מאפייני הזדקנותו של האדם עם פיגור שכלי בישראל, ואת מצבו החברתי, המשפחתי, הבריאותי והתפקודי, כולל פנאי ותעסוקה במסגרות מעוניות והקהילתיות של האגף.
3. לבצע הערכת איכות של הטיפול באנשים מזדקנים במסגרות, על בסיס ההערכות, ולפי תבניות מדדי-איכות (QIs).

יוערכו משתנים בתחומי הבריאות הפיזית, המנטאלית והתפקודית במסגרות המגורים השונות. יוערכו השירותים הניתנים למטופלים ותוערכנה השפעות השירותים על איכות חיי הנבדקים ועל גורלם (בתפקוד אישי וחברתי, באשפוז, בתחלואה, ובתמותה).

שיטות ומהלך ההתערבות:

1. אוכלוסייה:

1. א. האוכלוסייה מעל גיל 50 במעונות ובהוסטלים מונה כ 2500 מטופלים
 1. ב. הדרכת צוות. ל 2,500 המשתתפים יש מטפלים – המעורבים ברמות ההערכה והטיפול השונות. וכן רכזי קידום אישי ומנהלות סיעוד, לכן אנו נערך לכ – 900 לומדים – שהם כלל אנשי הטיפול והמנהל המיישמים לאורך שלוש השנים של ההתערבות. מהלך ההדרכה וההנחיה יבוצעו בעזרת מערכת הוראה אנושית אך גם ממוחשבת – אינטרנטית, שגם בה ימצא מענה אנושי. מטה האינטרטי יקצה למטרה זו מטמיעה מסייעת מנוסה לצוות הישראלי.

1. ג. אוכלוסיית גישוש: 300 מטופלים ראשונים – שלב א יכלול בדיקת גישוש והנעה, במספר מעונות (כנראה 4-5) בהם נמצאים מזקנים עם פיגור שכלי. שלב זה יקרא השלב הראשוני או השלב המצומצם. יותאמו 2 מערכי קושי למצבו של האדם.
 1. ד. אנו נעריך את שני מצבי הקושי (קל – קשה) טווחי גיל 50 ומעלה (+ חריגים).
 1. ה. בשלב המצומצם נקדיש מאמץ לתהליכי גישוש והנעה לקראת השלב הרחב הארצי. כ- 300 נבדקים יוערכו ב-4 אתרים. בכל מסגרת מה-4 או 5 שייסקרו יוגדרו המאפיינים שלו כולל צוות

ודרכי עבודתם. זה יהיה מרכיב "סקר מסגרות" (ס"מ). שלב ס"מ לא יעסוק במיפוי המסגרות ברמת האדם, אלא כאמור במסגרת עצמה, וזה גם על מנת שנוכל להשוות בין המסגרות. נבצע בכל מסגרת "סקר" באמצעות כלי הערכת של פרוייקט ה - SHELTER האירופי. כלי זה שימש בהצלחה בסקרים באוכלוסיות מסגרתיות של זקנים ביבשת אירופה. השלבים מצומצם ורחב-ארצי ייבדלו בגדלם-היקפם אך לא בעצם העשייה. במצומצם נכשיר עצמנו לקראת הרחב בצוותים, בפיקוח, ובפתוח גישה ובפתוח הכשרה ובהכנת המסגרת והטמעה בו עד לרמת הפרט המטופל.

נתרגל גם את המערכות האינטרנטיות והממחשבות עליהן מושתתת השיטה ואת שליטת הצוותים בהן.

נתרגל גם את טופס הערכת המסגרת.

2. הדרכה ואימון:

2.א. בכל מסגרת יוקם צוות פרויקט מסגרת שגם יודרך, אך גם ישתתף בתהליכים ביישום, ובחשיבה אח"כ. בכל מסגרת תהייה גם אחות מוסמכת או איש צוות רפואי אחר, בתפקיד הרכז הקליני המסגרת של ההערכה ושל ריכוז הטיפול המובנה, לרשות הצוות יעמדו בכל מסגרת מלבד היועץ הרפואי גם אנשי צוות היוותר בכיר, שאינו צוות רפואי, אך המבצע את רוב העבודה מול הדיירים והמכירים אותם. הצוות יקבל הדרכה הם ינחו אח"כ במסגרת את עמיתיהם.בדרך זו נקיים בכל מסגרת 4 או 5 מסלולי הכשרה מקבילים.

2. ב. ההכשרה המרכזית.

מערכת רחבה של הכשרה ואימון תוקם ברחבי הארץ, "בהתבסס על מנהיגותם של רכזי תכנית הקידום האישיות". הללו יהיו ציר הלמידה והפרישה בארץ (רמת הכשרה 4), ככל הניתן נשתף מכל מעון לא רק את הרכזים אלא גם את אנשי מקצועות הסיעוד במערכת המעון. בשלב זה יודרכו גם מפקחים (רמת הכשרה 5) ברחבי הארץ. כל משתתף יקבל תעודה בסיום.

2.ג. על הלוגיסטיקה של האימון, יתקיים דיון נפרד בצוות ההיגוי.

2.ד. שלב ההטמעה הרחבה – הערכות.

בכל מסגרת יעברו נוספים בצוות, בתורו של כל מסגרת, הכשרה (רמת הכשרה 3) על ידי מי מהצוות שעבר הכשרה מרכזית (רמה 4 ו-5). מערכת תמיכה של הצוות באוניברסיטת חיפה תגבה את ההכשרה ברחבי הארץ. בשלב זה מקבוצת המטרה כ-70% (צפי משוער) מתוך 75 מעונות והוסטלים, יעברו את ההכשרה. 2.ה. שלב ההטמעה הרחבה – מנהלים. מנהלי המסגרות (2) והנהלת הסיעוד בהם (1) יעברו הדרכה וילמדו איך להשתמש בכלים ובמשוברים לשיפור הטיפול והשירות (רמת הכשרה 2 ו-1 בהתאמה).

3. שלב המחקר והמשוב- יתבצע בשיתוף ובשילוב חברי צוות ההיגוי לפרויקט למשרד הרווחה ולאוניברסיטה.

4. כלי ההערכה

נשתמש בכלי ה- interRAI LTCF – למסגרות ומעונות ובכלי ה- interRAI HC וה- CHA למסגרות פתוחים ולהוסטלים. לכל אחד מהם נוסיף את ה- Intellectual Disability Supplement of interRAI מלבד

כלי ההערכה והאומדן נפעיל גם את מערכת ה- interRAI אשר מזהה מצבים מיוחדים להתערבות טיפולית והוא 16 ה- CAPs (Clinical Assessment Protocols) מתוך 22 שפותחו בארה"ב. יתקיים דיון על כל CAP בצוות ההיגוי המרכזי לפרוייקט. מערכת זו תהווה כלי יעיל לאבטחת המשך והעמקת הערכה, אבחנה, טיפול ומעקב במפגרים המזדקנים בהם מתגלה בעיה ספציפית הדורשת טיפול. קיים יישום עברי לשני כלי ההערכה שלעיל, שפותחו לאחר תרגומם בישראל לעברית והתנסות בהם למערכת ממוחשבת הקשורה באינטרנט למאגר נתונים, ומהווה כלי אלקטרוני יעיל ומתוחכם (אך ידידותי למשתמש) לשימוש הצוות. גם ה- CAPs ממוחשבים.

4.א. בכל שלב של ההתערבות נשתמש בתורה ממחשבת מלווה הן בהכשרה והן בתרגול, ואחר כל בהערכה של המטופל, בהפעלת הפרוטוקולים הטיפוליים, ובמשובי האיכות להנהלות ולמטפלים. מערך זה מובנה, שואב מהנסיון בעולם, והוא ידידותי ומעצים.

5. מדדי הצלחה של ההתערבות יהיו:

1. עלייה במדדי בריאות של ההמשתתפים.
2. הפחתת אשפוזים.
3. שביעות רצון עובדים, שביעות רצון מנהלים, בני משפחה, מטופלים.
4. הגדלת היקף השתתפות המזדקנים המפגרים בפעילות חברתית ותרבותית.
5. נושאים נוספים כפי שיוחלט בצוות ההיגוי לפרוייקט ובהנהלת המשרד

6. הליך הפרוייקט וחקר ההערכה של הביצוע ועמידה במדדי הצלחה:

הערכת המשתתף המטופל תיעשה בכל מסגרת/הוסטל אחת לכל ארבעה חודשים, במשך שנת הפרוייקט הראשונה, הערכה תתבצע גם במקרה של פטירה, אשפוז בבית חולים כללי, או מעבר למסגרת אחרת. חשוב לציין שהחלק בהערכת ה- interRAI הקשור לאבחנה ולתרופות תיעשה ע"י האחיות המוסמכת ו/או מקדם הטיפול האישי במסגרת/הוסטל. הם גם יקבלו וינהלו את הפרוטוקולים CAPS, ואת מדדי האיכות. הערכת הכשרה: אנו נקיים הערכה של ההכשרה ושל הידע המקצועי המצטבר בכל מסגרת ובכל מסגרת פתוחה בטרם כניסה לתהליך, ותקופתית במהלכו. נקיים

הדרכות גם לכלל המסגרות והמתקנים המשתתפים במרוכז וביחד על בסיס אזורי, וגם ייחודית לכל מסגרת. הדרכות מיוחדות תהיינה כפי שפורט לעיל, ותערכנה אחת לאחת: למנהלים (רמה 2). ב. לאחיות המוסמכות ולרכזי תכניות קידום אישיות המסגרתיים (רמות 3, 4).

א. למטפלות הבכירות (רמה 5). ג. הדרכת המנהלים הרופאים והאחיות תכלול יום אחד משותף ואחר כך יום נוסף למנהלים בנפרד, ושלושה ימים שנתיים לרופאים ולאחיות בנפרד.

הקורס למטפלות יהיה נפרד מלכתחילה וימשך עד חמישה ימים. בקורס יושם דגש גם על תרגול.

במהלך השנה יתקיים מפגש עם בוגרי הקורס אחת לארבעה עד ששה חודשים לרענון ולמשוב.

7. שיתופי פעולה בינלאומיים ויועצים: יועצת בנושא הכשרה והדרכה וארגון בפרויקטים רחבים של האינטריי הגב' אליזבט האווארד מ-HSL Center המסונף לאוניברסיטת הרווארד בבוסטון ארה"ב, הסכימה לפעול עמנו במחצית השנה הראשונה. שני יועצים נוספים: פרופ' ברנט פריס מאוניברסיטת מישיגן באן ארבור מישיגן שבארה"ב, ויועץ נוסף מארה"ב יסייע וייעץ. אנו נקיים שיתופי פעולה מובנים ותקופתיים עם 2 פרויקטים דומים המתבצעים כרגע במדינות ארקנסו וניו יורק שבארה"ב מרמת המדינה ובאותו הכלי – ה-CHA של האינטריי. בכל שנה משלש שנות פעילות הפרוייקט נקיים מפגש אחד של השת"פ הדו לאומי בישראל או בארה"ב.

8. מיקום וניהול מטה: מטה הפרוייקט יהיה באוניברסיטת חיפה במוקד האוניברסיטאי לסטנדרטים בבריאות ובמוגבלות שבמסגרת רשות המחקר, ושבניהולו של פרופ. יעקב גינדין. הפעילות במטה תתבצע במוקד ובתחנה קדמית בתל אביב. יוקם צוות ניהול והיגוי משותף בראשות דר' חיה עמינדב, פרופ' יעקב גינדין, פרופ' אריק רימרמן, הגב' יעלהעופר(MA), דר' תמר שוחט, דר' שולמית אפשטיין, דר' דורון ניסימיה,

(פסיכיאטר וגריאטר במרכז לבריאות הנפש ברמת חן של שירותי בריאות כללית, דר' דליה ניסים, דר' יואב

מריק, גב' חיה יוסף וגב' שוש אספולר מהאגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי ודר' יהושע בן ישראל – ראש ממועצה הלאומית לגריאטריה, ומנהל המרכז הגריאטרי שוהם, וכן דר' אלי וורטמן – נירולוג וגרונטולוג – וראש מרכזי ההערכה של מרחב. צוות ההיגוי הרחב יתכנס כמליאה אחת ל 4 חודשים. צוות היגוי ותפעול מצמצם יתכנס אחת לחודש. תוקם מערכת אינראנט לניהול ופקוח ולשימוש המטה וקהילת המשתתפים תוקם בשנה הראשונה. אנו מעריכים את קהילת המשתמשים בכ-140 משתמשים בשלהי השנה הראשונה לפרוייקט, וכ-950 חברים בסוף השנה השלישית. בכל מסגרת תוקם וועדת היגוי וניהול מסגרתית לפרוייקט. וועדות דומות ברמת מחוזות משרד הרווחה. בנוסף תוקמנה ארבע וועדות במטה: וועדת הכשרה וחינוך, וועדת הטמעה ובקרה, וועדה מדעית, וועדת טכנולוגיה. הוועדות ידווחו לצוות ההיגוי.

9-13 : אבני דרך ול"ז התקדמות.

9. הקמה תכנון והערכות:

- 9.א. השלמת תכנון והערכות מינהלתית והקמת גופי ההיגוי הניהול והשליטה.
- 9.ב. השלמת הערכות בהפקת חמרי למידה השלמת כלים, תרגומים ולומדה.
- 9.ג. הקמת והרצת מערך הטכנולוגיה והתאמתו למסגרות והטמעה במסגרות לתכנות.
- 9.ד. הקמת גופי ההערכה התפעולית והמקצועית, וחקר הביצועים בפרוייקט.

10. שלב הפרוייקט המצמצם:

- 10.א. איתור ופרישה ב 5 מסגרות
- 10.ב. ביצוע הכשרה ולמידה במסגרות עד 80 אנשים
- 10.ג. הטמעה במסגרות כ- 300 מטופלים.
- 10.ד. הערכת ביצועים ומדדי הצלחה במסגרות.
- 10.ה. הקמה והרצה של מערכת האינטראנט.

* הכסף לשלב זה יועבר בשתי פעימות מותנה בביצוע כל שלב בחתימת מנהלת

*** שלב זה יתבצע בו זמנית ועם קבלת המסמכים הללו יועבר סכום של חצי מליון ש"ח**

13. המעבר לניהול במסגרת המשרד של המפעל יתרחש בהדרגה , ויחל מאמצע

השנה השלישית. ינוהל בצוות ההיגוי המצמצם ובוועדות.

איסוף הנתונים הרחב- ארצי עם ההערכה והיישום המנהלי והטיפול במסגרות

יתחיל וימשיך כדרך עבודה וניהול גם מעבר לפרויקט. במסגרת זו מסגרת שהחל

בשיטה ימשיך מכאן ואילך בהערכות כל 4 חודשים. מרכיב זה יקרא "ניהול

טיפול וצמיחה שוטפים" ותמיכה בו היא

חלק מהתהליך בשיתוף עם האגף במשרד.

בתוך הפרוייקט יתממשו הערכות חוזרת כל 4 חודשים, סה"כ 3 הערכות לשנה

הראשונה. סה"כ

יבוצעו 7,500 הערכות תוך שנות ההתערבות.

כמו כן ניהול ואחזקה של בסיס הנתונים והשמשותו. וניתוח הנתונים משוב

למשרד ולמסגרות, סיכומים והפצה כולל חלקית באתר אינטרנט .

• תהליך זה יתבצע עד סוף שנה שלישית של מהלך ההתערבות בעלות של חצי

מליון ₪

האגף או בא כוחה 250000 ₪ עם חתימת החוזה ו 250000 ₪ עם סיום 2 השלבים , שימשכו כשמונה חודשים כל התהליך ילווה ע"י ועדת היגוי ואנשי מקצוע מהאגף והאוניברסיטה .

11. שלב ארצי מורחב לשאר 2200 המטופלים:

11. א. הכשרת ראשי צוותים מסגרתיים, מפקחים ומבצעים כ- 800 עד 850 אנשים.

11. ב. ביצוע הערכת המסגרות ברחבי הארץ ואיפיונם בכלי אחיד.

11. ג. הערכות לוגיסטית וטכנולוגיות במסגרות.

11. ד. הטמעת הכלים במסגרות כ- 2200 מטופלים.

11. ה. ביצוע הערכת ביצועים ומדדי הצלחה במסגרות.

11. ו. הקמת קהילה אינטראנטית לומדת וצומחת, ושילוב עם מערך דומה בחלק ממדינת ניו יורק (יוכרע בישיבת השת"פ הראשונה).

11. ז. שכלול ומחשוב מערכי הפקוח המקצועי ברמת האגף והמחוזות.

* שלב זה ימשך כשמונה עשר חודשים בעלות של מליון ₪ יבוצע בשלוש פעימות

של שישה חודשים כל שלב.

12. קבלת סיכום ממצאים לגבי אנשים מזדקנים עם פיגור שכלי בהשוואה בין מסגרות , השוואה למצבם ההתחלתי, פרוטוקולים של אבחון וטיפול וכן פרופילים של איכות חיים , איכות טיפול ושביעות רצון של המשתתפים והצוותים. הפצה, כנסים ופרסומים ממלכתיים ומדעיים.

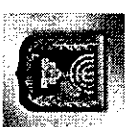
עם הפריצה הארצית נפתח את שערינו לגורמים אקדמיים למסטרנטים ולדוקטורנטים שיבצעו חלק נכבד ממטלות השלב. הללו יעבדו במסגרת מלגות של המסגרות האקדמיים וקרנות.

צוות ההיגוי ינהל ויתאם את המחקרים, וסיכומים תקופתיים ודוח"ות מסכמים יופקו במטה.

פרסומים יתקיימו גם באינטרנט ובאתר פייסבוק של הפרוייקט בצד פרסומים אקדמיים.



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי
 המנהל האגף



תוכנית התערבות לתקופה של 3 שנים

כסף	תפוקה	ערים	זמני ביצוע
250,000 – 01.07.2012	<p>* יבדקו קיומם ותפקודם של שלישות המופים הללו .</p> <p>* כלי הערכה וטיפול מותאמים .</p> <p>* 5 מסגרות מגורים – הערכות ומוכנות לתחילת תהליך.</p>	<p>* הקמת ועדת היגוי ניהול ושליטה</p> <p>* הקמת צוות מקצועי להתאמת חומרי הערכה .</p> <p>* הקמת צוות מקצועי לביצוע הערכה והדרכה .</p> <p>שלי הפרויקט:</p> <ul style="list-style-type: none"> - איחוד ופריסה ב 5 מסגרות. - ביצוע הכשרה ולמידה במסגרות עד 80 אנשים - הטמעה במסגרות כ- 300 מטופלים. - הערכת ביצועים ומדי הצלחה במסגרות . - הקמת והוצאה של מערכת אינטרנט. 	7-12/2012
250,000 -01.10.2012	<p>* ביצוע הכשרה ולמידה של 80 אנשי מקצוע וטיפול ב 5 מסגרות שאותרו בהם גורים אנשים קשישים .</p> <p>* ביצוע הערכה של 300 מטופלים ב 5- מסגרות.</p> <p>* הקמת מערכת אינטרנט והוצאתו להפקת תוכניות טיפול.</p>	<p>* ירכשו כ 800 מטפלים ואנשי מקצוע בכל המסגרות מגורים וקהילה שבהם נמצאים אנשים מעל גיל 50 .</p> <p>* יבוצעו 1500 הערכות של מטופלים והכנת תוכניות התערבות לפי כלים שהוכנו בשלב א'.</p> <p>* הקמת קהילה אינטרנטית לומדת וצומחת</p> <p>* ושילוב עם מערך דומה בחלק ממדינת נו - ירקן .</p> <p>* שכלול ומחשוב מערכי פיקוח מקצועי של הערכות ברמת האגף והמחוזות.</p>	01.2013-6/2014
500,000 – 01.01.2013	<p>* 800 אנשי צוות עם הכשרה מתאימה לביצוע הערכות , מעקבי תוכניות קידום והדרכה של צוות מקצועי ומיומן .</p> <p>* 1500 - סיכומים ממצאים לגבי אנשים מזדקנים עם פיגור שכלי, השוואה בין מסגרות , השוואה למצבים ההתחלתי , פרוטוקולים של אבחון וטיפול ,פרופילים של איכות חיים, איכות טיפול ושיעורי רצון של המשפחות והצוותים הפצה , כנסים ופרסומים מדיניים</p> <p>* קהילה אינטרנטית לומדת וצומחת.</p>		
500,000 – 01.06.2013			

ירושלים יד חרוצים 10, טל : 02-6708114 פקס : 02-6738310

www.gov.il

ממשל זמין



WWW.MOLSA.GOV.IL

אתרנו באינטרנט:



משרד הרווחה והשירותים החברתיים
האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי
תחלת האגף



כסף	תפוקה	יעדים	זמן ביצוע
500,000 – 01.01.2014 500,000 – 01.06.2014	<p>* קבלת סיכום ממצאי ותוכנית טיפול לגבי אנשים מודקנים.</p> <p>* סיכום כללי של כל ההבחנות לגבי 2,200 מאובחנים וריכוז דרכי טיפול מומלצות.</p> <p>* הממצאים שיהקבלו יהווה בסיס נתונים שימושי שנוהל ויתחזק בתחילה על ידי צוות מקצועי של הפרויקט. ובמשך על ידי צוות מקצועי של האגף.</p> <p>* ניתוח נתונים משוב לאגף ולמסגרות, יופצו גם באחר האוטונומי של האגף.</p>	<p>* ביצוע עוד 700 הערכות של מטופלים ותוכניות טיפול</p> <p>* יבוצע במהלך תקופה זו הערכות חוזרות של כ- 500 מטופלים ראשוניים כדי לברר :</p> <ul style="list-style-type: none">- עלויה במדדי בריאות של המשתתפים.- הפחתת אשפוזים.- שביעות רצון עובדים, שביעות רצון מנהלים, בני משפחה, מטופלים. <p>- המדלת היקף השתתפות המזדקנים בפעילות חברתית ותרבותית.</p> <p>- נושאים נוספים כפי שיוחלט בצוות החינוכי לפרויקט ותחלת האגף.</p> <p>* צוות החינוכי יחל מאמצע השנה השלישית להעביר את נהול הערכות למסגרת האגף באמצעות הדרכה והקמת וועדות מתאימות ליישום.</p>	6-12/2014

בברכה,
ד"ר חיה עמלינדב
סמנכ"לית בכירה
מנהלת האגף

The Center for Standards in Health and Disability (CSHD)

31905 Mount Carmel, Haifa Israel

הר הכרמל, חיפה 31905

2.2.12 הצעת פרויקט משותף למשרד הרווחה ולאוניברסיטה:

בריאות ותפקוד מפגרים שהזדקנו במסגרות הרווחה- פרויקט התערבות והערכה

Health and functioning in mentally retarded persons, ageing in welfare facilities: intervention and assessment.

מבוא כללי

במקביל למגמת העלייה בתוחלת החיים בקרב האוכלוסייה הכללית במהלך המאה העשרים, אירע תהליך דומה אצל אנשים עם פיגור שכלי (פש), המכונה כיום גם לקות אינטלקטואלית. עם הזדקנותה של אוכלוסייה זו, עומדים אנשי המקצוע המטפלים והתומכים באנשים אלה בפני אתגרים חדשים בתחומי הגרונטולוגיה, הגריאטריה, הסוציולוגיה והנכויות ההתפתחותיות. תכניות טיפול שעוצבו למבוגרים בגיל הצעיר ובגיל העמידה אינן מספקות, עומס התחלואה הגריאטרית הרגילה הנוסף עם הגיל למורכבות של לקויות המפגר הקודמות, אינם מוכרים דיים למומחי הגריאטריה או למומחי הלקויות ההתפתחותיות – כל קבוצה בנפרד. ביחד לא חשבו ולא עבדו שתי הדיסציפלינות עד עתה. על כן דורשות המערכות שילוב תורות, והתאמה והרחבה. זאת על מנת לשרת נכונה את האדם המזדקן עם פיגור שכלי. תופעות ההזדקנות ותחלואי הגיל המבוגר מעצימים אילו את אילו, מואצים ומחריפים בקבוצה זו. הם חווים אותן בגיל מוקדם יותר, ובהדגשות של היבטים ספציפיים. מסבה זו ומאחרות - שיעור האנשים בגיל מבוגר עם פיגור, הזקוקים לסיוע בפעילויות ה-ADL וה-IADL השונות, הן בטיפול אישי והן ובניידות, הוא גבוה ומטפס כבר מגיל 40. ככל שעולה מספרם באוכלוסיית הגיל המבוגר, כך גובר הצורך הדחוף במתן מענה שיטתי לצרכיהם המשתנים והגדלים. במציאות החברתית והחוקית בישראל לא יהיה זה קביל שמפגר שהזדקן יקבל שירות ירוד מבני גילו שאינם מוגדרים בעברם כמפגרים. מפתיע כי למרות שקבוצת האנשים המזדקנים עם פיגור שכלי (פש) הולכת וגדלה, היא עדיין נסתרת מן העין (גם באקדמיה), ואינה מטופלת כראוי בתחום זה. בהעדר מערכת משפחה צעירה בחלק גדול מהמפגרים שהזדקנו בטיפול הורים או הוסטלים, חשוב להכניס את הקבוצה הזו לקדמת סדרי העדיפויות של משרד הרווחה, האחראי להם כיום, הרשויות והמועצות המקומיות בהן הם חיים, קופות החולים והביטוח הלאומי. משרד הבריאות לא הצליח להתמודד עם קבוצה זו, שלמרות היותה ייחודית היא גדולה ובולטת מספרית. אנו מבקשים להציע שיטת הערכה, טיפול ומעקב בינלאומית, שהיא מתקדמת, בפיתוחה, וכוללת את תחומי

מצבם התפקודי והבריאותי של הקשישים בעלי רקע של פיגור שכלי (פש). היא יכולה להצביע על הגורמים המעורבים והמשפיעים על התפקוד והבריאות ועל איכות החיים של הפרטים באוכלוסייה זו, ועל נקודות אותן יש לשפר בטיפול. בד בבד אנו מעוניינים באמצעות כלי ההערכה, הטיפול והמעקב אשר מוצע לשימוש המערכת הממשלתית והציבורית, להנחיל גם סטנדרטים בינלאומיים מתקדמים של הכשרת צוות, ושל הערכת טיפול, ואומדן תוצאים, וכן פיקוח מותאם. מהספרות המדעית עולה, כי יש משמעות רבה בהערכה כוללת של מצבם הפיסיולוגי והמנטאלי של בני הקבוצה בתוך הקונטקסט של סביבת המגורים. כמו כן, קיים קשר בין מסגרת המגורים לבין גיל. ילדים וצעירים עם פש מתגוררים ברובם בבתיהם, וככל שגילם עולה, וככל שגיל הוריהם עולה, עולה שעורם בדירור חוץ ביתי. אנשים עם פש הגרים מחוץ לבתיהם הם ברוב המקרים עם רמת פיגור קשה ועמוקה. כאשר היכולת של המשפחות לתמוך בהם בביתם היא נמוכה, גם אם הם מתפקדים ברמה גבוהה יותר, הם אינם יכולים לחיות עם בני משפחתם. יכולת התפקוד של אדם מבוגר עם רקע של פש בתחומי חיים שונים, ורמת התמיכה והמוגנות שהוא זקוק לה, והזמינה לו, משפיעות על החלטה, האם יפנה למעונות ומוסדות מוגנים או למסגרות דירור תומכות עצמאיות יותר בקהילה.

מטרת הפרויקט:

מטרות פרויקט ההתערבות תחילה וההערכה אחר כך הן:

1. הפעלה והטמעה במערכת המטפלת במפגרי המזדקן של הכלים הסטנדרטיים הבינלאומיים של interRAI המוסדי LTCF, והקהילתי CHA להערכת המפגרי המזדקן, נשתמש גם בפרוטוקולים הטיפוליים הנובעים מהם – CAPS, להכוונת הטיפול והמעקב בבעיות המתגלות בהערכות, (השכיחות באוכלוסיות הקשישות). הכלים מהימנים ומתוקפים ושימוש בינלאומי נרחב מחוץ לישראל.
2. ללוות בהערכה מדעית את ההטמעה של כלי ההערכה והטיפול, ובו בזמן לבדוק את מאפייני הזדקנותו של המפגרי בישראל, ואת מצבו החברתי, המשפחתי, הבריאותי והתפקודי, כולל פנאי ותעסוקה במסגרות המוסדיות והקהילתיות הפתוחות של השרות למפגרי במשרד הרווחה.
3. לבצע הערכת איכות של הטיפול במוסדות, על בסיס ההערכות, ולפי תבניות מדדי-איכות (QIs).

יוערכו משתנים בתחומי הבריאות הפיזית, המנטאלית והתפקודית במסגרות המגורים השונות. יוערכו השירותים הניתנים למטופלים ותערכנה השפעות השירותים על איכות חיי הנבדקים ועל גורלם (בתפקוד אישי וחברתי, באשפוז, בתחלואה, ובתמותה).

מטרה 1 שהיא מטרת העל, עקרה הטמעה של כלי ההערכה והטיפול במערכת תוך הערכות גם לטווח הארוך. אנו נלווה את הפעולה העיקרית בפעולה.

מטרה 2, מלבד ערכה האקדמי, גם היא כלי הערכה ומשוב בפרויקט ההטמעה. זה יימשך לאורך זמן ככלי עבודה מסיום המחקר וההתערבות.

רקע תיאורטי

במחצית השנייה של המאה ה-20, עלתה במידה ניכרת תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי (פ"ש) (Mental Retardation) בזכות שיפור בטיפול המוסדי, בתנאי המגורים, בהתקדמות בעזרי הטכנולוגיה, ובתכניות לבריאות הציבור, ושיפור רפואת הגיל המבוגר, עם רפואת הקשיש המוסדי. כל הללו שיפרו את איכות חייהם של המפגרים לאורך חייהם ובזקנתם. כיום, תוחלת החיים הממוצעת של אוכלוסיה עם פ"ש היא, 66 שנים. לעומת זאת, מי שהגיעו לזקנה (65 שנה) עם פ"ש יכולים לצפות לחיות 76.9 שנים.

אדם עם פיגור שכלי ("מפגר" בלשון החוק) מוגדר בישראל במסגרת חוק הסעד (טיפול במפגרים), התשכ"ט-1969, "אדם שמחמת חוסר התפתחות או התפתחות לקויה של כושרו השכלי, מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא נזקק לטיפול". הגדרה זו כוללת ארבעה מרכיבים מרכזיים: התפתחותי, שכלי, הסתגלותי והצורך בטיפול ובתמיכה (גורבטוב, בן-משה, בן שמחון, 2009).

בעיות בריאות: בשל עלייה בתוחלת החיים, אנשים עם פיגור שכלי מתמודדים עם אותן מחלות כרוניות אשר משפיעות על הזדקנות כלל האוכלוסייה (למשל, מחלות לב וכלי דם, ריאות, כליות סרטן, סוכרת). בתחום של בעיות בריאות ומחלות נמצאה במחקר עלייה בשיעורי הדיווח על מחלות "תלויות גיל" כגון יתר-לחץ-דם, אוסטיאופורוזיס, מחלות לב, שכיחות מוגברת של מחלות בלוטת התריס, התפרצויות התנהגותיות, אפילפסיה, הפרעות נפשיות, השמנה, אנומליות עיניות, ולקות בבריאות הפה. מפגרים מזדקנים (מ"מ) נוטים פחות לקבל שירותים רפואיים נאותים בהשוואה לאלו של כלל האוכלוסייה, וזאת למרות שיש להם יותר בעיות גופניות ובעיות בריאות כרוניות (Fisher, Ketti, 2009), בחלק גדול מהמצבים הדבר יכול לנובוע מתת-אבחון עקב קשיים באבחונם של אנשים עם פיגור, מחוסר מודעות, דעות קדומות, היעדר כלי אבחון נאותים הרגישים לצרכים המיוחדים, או בגלל בעיות מימון. כמו-כן, נמצא שעם העלייה בגיל היה גם גידול בהפניות לאשפוז ובשיעור הנוטלים תרופות באופן קבוע באוכלוסייה זו, לעומת האוכלוסייה הכללית בגילאים אלו.

סקר של 134 מבוגרים עם פיגור כל הסוגים (בגיל 65) הראה כי 20% מהם היו עם דמנציה, ועם התקדמות בגיל עלה הסיכון לדמנציה. עד גיל 88 - 52% מבוגרים עם מ"מ פיתחו דמנציה. בדרך כלל הופיעו גם תסמינים פסיכיאטריים אחרים, כולל תוקפנות, הפרעות שינה, הזיות, ומדודים. כאשר אנשים אלה מזדקנים עולים שיעורי ליקויי שמיעה, ראייה, השמנה, וכן שיעור גבוה של דמנציה עם בעיות פסיכיאטריות. בשל כך הטיפול ביחיד עם פיגור מורכב, הן באבחנה, הן בטיפול הראשוני, והן במעקב.

סביבת המגורים ואוכלוסיית הפרחייקט בתוכו. בשנת 2009 היו רשומים 34,274 אנשים עם פ"ש במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. על פי נתון זה שיעור האנשים עם פ"ש היה 4.6 לכל אלף נפש בכלל האוכלוסייה (גורבטוב 2009).

מרביתם (כ- 24.000), התגוררו בביתם עם בני משפחתם והיתר (כ-10.000), גרים במסגרות שונות מחוץ לבתיהם, כאשר החלוקה היא: מעט יותר מחמישית מאוכלוסייה זו (כ- 7,300 אנשים) חיים במעונות פנימייה* והאחרים (כ- 2,900) מתגוררים במסגרות דיור שונות בתוך הקהילה* (גורבטוב וכן משה 2009). * זו היא קבוצת הפרחייקט (מבסיס של 10,000 אנשים נסקור את המפגרים בגיל מעל 50 שנה כ- 25% מהחוסים).

השאלה העולה לגבי המסגרות החוץ-ביתיות היא, באיזו מידה להעדיף מסגרות הטרוגניות, כלומר מסגרות בהן חיים אנשים בגילים שונים עם פיגור; או האם להעדיף מסגרות הומוגניות, כלומר אלה המיועדות רק לזקנים עם עבר של פיגור. למסגרות הומוגניות עשויות להיות יתרונות בהספקת שירותים מיוחדים למבוגרים בהיקף גבוה יותר כמו שירותי פיזיותרפיה, בגלל תקינה מוגברת. כמו-כן, מסגרות אלה נבנות במיוחד למען אנשים מבוגרים, ומותאמות למוגבלותם ולצורכיהם. לעומת זאת, למסגרת ההטרוגנית יש מספר יתרונות: ראשית, היא מהווה בית לחיים, והדיירים לא יצטרכו לעבור לדיור זר וחדש. שנית, במסגרת ההטרוגנית קיימת אפשרות להציע רצף טיפולי, כלומר מגוון שירותים תומכים המתאימים לרמת הצורך של הדייר. יתר-על-כן, משמעותן של מסגרות הטרוגניות היא שהאנשים המזדקנים עם פיגור אינם חיים בחברה של מזדקנים בלבד. מכיוון שקיימת הסכמה כי רצוי לאפשר הזדקנות במקום, עולה צורך בהתאמת מסגרות הדיור שבהן האנשים עם פיגור נמצאים במהלך חייהם מכבר. ההתאמה היא לצרכים של אוכלוסייה הטרוגנית, בדגש על זקנה, שיש לחזקו במסגרות שהיו מורגלות בצעירים.

הימנעות מהשמה במוסדות אפשרה לאנשים עם פ"ש לחיות בקהילה, ולהעזר בטיפול הראשוני. לשם כך נחוצה חסרה בקשישים אלו הערכת בריאות שגרתית מקיפה, וכן התערבויות עבור בעיות רפואיות והפרעות נפשיות. בעיות רפואיות ובעיות פסיכיאטריות מתמשכות ומשתנות בשילובן עם הזדקנות ודמנציה, מהוות אתגר לצוות המטפל ולרופא. יש צורך במערך שיגדיר בצורה טובה את הצרכים בטיפול הרפואי, תוך שיפור תכניות טיפול ובמערכות הטיפול. כמו-כן, הטיפול של יחידים עם פ"ש מחייב משוב ושיתוף מטפלים וסייעים מתחומים רבים, כולל החינוך המיוחד, מטפלים בהתנהגות, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת ועוד.

אנשים עם פיגור קל או קל-בינוני מהווים רק 17% מבין דיירי מעונות פנימייה (8% עם פיגור קל, 9% עם פיגור קל-בינוני) מעט יותר מ-60% מהמתגוררים במעונות פנימייה הם בשלוש רמות הפיגור הקשות יותר פיגור בינוני-נמוך (11%), פיגור קשה (30%) ופיגור עמוק (21%). אנשים בשלוש רמות הפיגור הקלות (פיגור קל, בינוני - קל ובינוני) גרים במעונות פנימייה אך ורק אם יש להם צרכים מיוחדים כמו מצב סיעודי, אי שקט, או הפרעה נפשית (גורבטוב, בן משה, 2009).

קיים קשר משמעותי בין רמת הפיגור לבין רמת התפקוד בביצוע פעולות יומיומיות כאשר אנשים עם פיגור קשה או עמוק זקוקים לעזרה רבה יותר בכל הפעולות בחיי היומיום (ה-ADL). בקרב בעלי רמת פיגור קשה-עמוק לא קיים הבדל בין הגילים השונים בתפקוד יומיומי, חלקם הגדול מוגבלים בכל הפעילויות של טיפול אישי כבר בגילים צעירים יותר. בקרב בעלי רמת פיגור קל ובינוני נמצא שיש ירידה בתפקוד בפעולות היומיומיות בגילאי +70. עד לגיל זה לא ניתן לזהות חתך גיל שבו יש סימנים להחמרה משמעותית. מעניין לציין שהשוואה עם נתונים העולים ממחקרים על כלל האוכלוסייה בגילים המקבילים, מצביעה על כך שאף שרמת המוגבלות של אנשים עם פיגור היא גבוהה בהרבה מאשר באוכלוסייה הכללית, נמצאו דפוסי שינוי דומים בשתי קבוצות הגיל. גם בכלל האוכלוסייה מסתמנת ירידה בתפקוד בקרב גילאי +70. משמע, שבניגוד לתפיסות מקצועיות שרווחו בעבר, לא נמצאו עדויות במחקר זה להחמרה משמעותית בתפקוד בגילים צעירים יותר. ממצא זה תואם את ממצאי המחקרים העכשוויים המדווחים בספרות.

תכניות המשך טבעי האפשרויות בפרויקט זה הן "תכניות אבטחת איכות". אילו תכניות שיפור מובנות ומתמשכות שכוללות מספר שלבים: איסוף נתונים על תהליכי או תוצאי טיפול קליני או שירות, ניתוח הנתונים וקביעת דרכים לשיפור התהליך, הפעלת התערבות מערכתית (לא ברמת הפרט) שמיועדת לשפר את המצב, ואיסוף נתונים תוך

כדי לבדוק את השפעת ההתערבות. תכניות אלו אמורות להיות מופעלות לאורך זמן, כאשר איסוף הנתונים החוזר באופן תקופתי מאפשר שיפור מתמיד, על ידי גילוי נקודות חולשה מערכתיות או בין מערכתיות, ותיקון לפי הצורך.

מערכת ה- interRAI

המערך הנפוץ בעולם בטיפול ארוך הטווח באוכלוסיית הקשישים וכעת בכניסה לארץ, במסגרת בתי"ח הגריאטריים ובתי אבות.

קשה להעריך את איכות הטיפול בקשיש המוסדי, ולקבוע מדדים להצלחתו. מכאן נבע הצורך בעולם ובארץ לשימוש בשיטה מתוקנת להערכת החולה/הדייר הקשיש ולטיפולו. שיטה כזו, חשוב שתכלול מצד אחד את צרכיו המיוחדים של הדייר, תפקודו, השרותים להם הוא זקוק, ואת תכנון הטיפול בו וביצועו מצד שני. היתרון של כל תכנית הערכה תלויה באיכות הנתונים שנאספים. מידע אישי וקליני זהחייב להיות תקף, מדויק ושלם. מערכת קלסיפיקציה מתוקנת מעצימה את תוקף של המידע הנאסף. דרישה בסיסית ממערכות מידע למעקב אפידמיולוגי ותכנון טפולי הוא למערך נתונים מקיף הניתן להשוואה. אינטגרציה של תהליך התכנון החברתי, הסביבתי והבריאותי והערכתו, עוזרת לצוות הטיפולי לזהות, לטפל ולמנוע בעיות וסבוכים בזמן אמיתי, ובכך לעבור אספקת טפול בסיסי להחזרת התפקוד, תחזוקתו, ואף הגברתו. לכן, היה צורך בכלי מהסוג המוצע למעקב ושפור איכות הטיפול.

מערך ה- Resident Assessment Instruments (RAI) פותח בארה"ב בסוף שנות ה-80, בהוראת הקונגרס האמריקאי ובממון HealthCare Financing Administration (HCFA).

ה- interRAI Assessments בא לענות על הצורך בכלי אחיד, ברמה פסיכומטרית גבוהה שיעצים את הטיפול הקליני ע"י יישום גישה מקיפה בהערכת החולה, ובמקביל, יסייע לצוות המטפל להבין את הגורמים הנסתרים התורמים ומשפיעים על מצב המטופל. המערכת פותחה באוניברסיטאות בראון והארצורד והינה בעלת מהימנות ותוקף טובים מאוד.

מערכת ה- RAI מורכבת מכלים רבים מהם נפוצים:

- interRAI-LTCF - להערכה וניהול במוסדות הסיעודיים (לשימושנו בפרויקט)
- interRAI-HC - להערכה וניהול הטיפול בבית (לשימושנו בפרויקט)
- interRAI-PAC - להערכת השלב הפוסט-חריף ולניהולו.
- interRAI-MH - למוסדות ולבתי-חולים פסיכיאטריים (לשימושנו בפרויקט מאוחר בפרויקט)
- interRAI-CMH - להערכת בריאות נפשית בקהילה (לשימושנו בשלב מאוחר בפרויקט).
- interRAI-ESP - להערכה פסיכיאטרית דחופה
- interRAI-PC - לטיפול תומך (פליאטיבי).
- interRAI-AC - לטיפול במצבים חריפים.
- interRAI-CF - להערכת בריאות נפשית במוסדות בתי כליאה
- interRAI-CHA - למערך השרותים הקהילתיים (לשימושנו בפרויקט).
- interRAI-ID - נספח להערכת אי כשירות אינטלקטואלית (לשימושנו בפרויקט)

- interRAI-AL – למערך הדיור המוגן (יתכן ונשתמש בו)
- interRAI-Well - להערכת רוחה נפשית
- interRAI-QOL - להערכת דיווח עצמי של איכות חיים
- interRAI-CA - להערכת מפגש ראשון
- interRAI Screeners - מערכי מיון

מערך ה-RAI מורכב משלושה מרכיבים בסיסיים: 1. מערכות הערכה - interRAI Assessments
 2. פרוטוקולים טיפוליים - CAPs - Care Assessment Protocols. 3. קווים מנחים לשימוש בנתונים המתקבלים - Utilization Guidelines.
 השימוש בכל מרכיבי ה-RAI מאפשר קבלת מידע על מצבו התפקודי של המטופל, עמידותו, חולשותיו, והעדפותיו ומורה על הצורך בהשלמות לאחר שזוהו הבעיות.

להלן פירוט 3 המרכיבים: 1. interRAI Assessment Instruments

- מערכת הכוללת יותר מ-300 פריטי מידע, מרכיבי מפוי זהו, לצורך הערכת מצבו התפקודי והקליני של המטופל - תחומי תפקוד, פעילויות של טיפול עצמי, מידע דמוגרפי ומדידה של כמות הטיפול וההשגחה הדרושים לטיפול זה (Mor & Morris et al, 1997). הכוונה היתה שהכלי יהווה תשתית עיקרית לקבלת נתונים רפואיים, קליניים, מנהליים וארגוניים אשר ימזג ויחליף את הערב-רב של הטפסים בהם נעשה שימוש כיום ע"י מחלקות הקבלה, הבקרה, המנהל והאשפוז בסביבה הרפואית והסיעודית. הפריטים בכלי מאפשרים קשר מתוקן לגבי בעיותיו של המטופל ומצבו במוסד, קשרים בין מוסדות טפול, וקשריהם עם גורמים חיצוניים. בנוסף לכך, המערכת מסייעת באבטחת איכות, ושפור התפקוד, בקיום קשר בין-מחלקתי ובין-מוסדי, ומאפשר למוסדות גריאטריים לשאת באחריות כלכלית ומנהלית (Accountability).
- 2. ה-CAPs הינה מסגרת מובנית ומכוונת לצורך ארגון המידע המתקבל מכלי ההערכה לצורך בחינת מידע חיוני נוסף לגבי הפרט המטופל. ה-CAPs מזהים סיכונים ובעיקר בעיות חברתיות, תפקודיות, רפואיות ופסיכולוגיות, ויוצרים בסיס לתכנון טפול מותאם לקשיש המטופל. בשלב הנוכחי קיימים 23 CAPs המהווים תבניות לצורך ארגון המידע של ה-interRAI. ה-CAPs עוזרים לחברי הצוות למקד הערכה נוספת של המצב הבעייתי או שבסיכון. ה-CAPs מכסים מצבים שונים, כמו - ADL, Activities of Daily Living - מצב רוח, מצב תזונתי, ומצבי רוחה פסיכו-חברתיים, סיכוני נפילה, אי שליטה, בלבול ודליריום, התייבשות, ועוד. אחדים CAPs הממוקדים בזהו וטפול מצב בריאותי, ואלו אחרים, ממוקדים במניעת בעיה.
- 3. Utilization Guidelines - הוראות לגבי השימוש בכלי ה-interRAI.

כארה"ב, בקנדה, בלגיה, סקנדינביה, ניו-זילנד ועוד, כלי ה-interRAI משמשים כסטנדרט של הערכה, הבניית גבחון וטיפול, כמדדי איכות, ואף כלי בקרה ותשלום, ויש להם ציון והגדרה בתקנות או בחוק.

המערך תורגם ומיושם בשימוש במערכות, ובחינוך מקצועי בכ- 40 מדינות בצפון אמריקה, באירופה, באוקיאניה, ובאסיה, ובהן גם בריטניה, קנדה, ארה"ב, 17 ממדינות אירופה, יפן, סין, הודו, צ'ילה, אוסטרליה וניו זילנד, טאיוואן, והונג-קונג. בארצות מסוימות יישום כלי ה- interRAI נעשה בצורה ממלכתית (ארה"ב, קנדה, בלגיה) בארצות אחרות פועלת חברה (יפן, שווייץ) או מרכז מחקרי לאומי, אקדמי ממלכתי או אוניברסיטאי (איסלנד, פינלנד), שלקחו על עצמם את האחריות והיישום.

כאשר הופיע בארה"ב הרף הנדרש של איכות בשיטת ה- interRAI, ואומץ על ידי הממשל, היו מוסדות שלא עמדו בדרישה המקצועית, שהיו כעשירית מכללם - ונסגרו. היום שיטה זו נחלתן של כ- 40 מדינות, ברמות יישום שונות (באחדות כדרישה בחוק, באחרות כהמלצה או כחיוב בשלטון בפרובינציות, באחדות במחקר ובהוראה, בצד שאיפה להגיע לרף הרחוק, כמו באפריקה). כך מאוגדים עולמית מרכזי העניין המקומיים, ליצירת המרקם הארגוני המיוחד של ה- interRAI העולמי, שמומחיו חוברים מאז 2007 לארגון הבריאות העולמי WHO, בפרויקטים משותפים וגם כדי ליצור את תבנית הממשק האופטימאלי בין הקלסיפיקציה העולמית המוסכמת ICD ו- ICF של WHO לבין מערכת ה- interRAI שמאפשרת עבודה על פי אמות מידה לאורך ולרוחב של מערכות הבריאות לזקן, לחולה, למוגבל, לתשוש, ולזה שעל הסף.

פרופ' יעקב גינדין חבר בארגון ה- interRAI ומשמש בו כראש וועדת ה- CID (Committee for International Development). לקבוצת החוקרים בראשות גינדין יש הכרות מעמיקה ורבת שנים עם ארגון ה- interRAI. ההכרות כוללת בצוע מחקרים משותפים, פתוח, יישום ושימוש בכלים הייעודיים של המרכז, תוך כדי קביעת סטנדרטים, ושותפות בבניית הכלים.

מהספרות עולה, שתכניות הבטחת איכות עשויות לשפר איכות, ובו בזמן גם לרסן עלויות בטווח הארוך על ידי הגברת יעילות הטיפול. השקעת משאבים בטיפולים או בתהליכי טיפול לא יעילים היא לא רק בזבזנית, אלא גם מונעת השקעה בטיפולים שהיו יכולים להיטיב עם המטופלים ולפיכך פוגעת באיכות הטיפול בהם.

לכן יעילות ואיכות כרוכות זו בזו (Fooks, 1990; Chambers, 1995; Benbassat, 1998; Klazinga, 1994; Shortell, 1995; Walshe, 1995; Walshe, 1995).

מאז 1987 מתקיים בארצות הברית מאמץ מתמשך לפיתוח סמני איכות להערכת איכות הטיפול המוענק לדיירים בבתי אבות (Zimmerman & Krone, 1996; Zimmerman, 1995). כלים אלו נמצאים כעת בשימוש של רשויות הבקרה והאכיפה הפדראליים והמקומיים, וכן לשם גביית תשלום, תוך כדי השוואה שיטתית בין בתי האבות. הסמנים המשמשים למדידת תהליכים ולאוסוף נתונים באופן שוטף בארה"ב נקראים

Quality Indicators (QIs) - למרכיב זה ארבעה שלבים:

- (1) פיתוח סמני איכות (QIs) המבוסס על שימוש באלגוריתמים בתוך מאגר נתוני הערכת הדיירים.
- (2) פיתוח מערכת ניתוח ודיווח ארצית לשימוש בסמני האיכות - הן למוסד והן למבקר.
- (3) הכשרה של העובדים והמנהלים ויישום השיטה בשטח.
- (4) קיום פורומים רב מקצועיים להשבחת הדיון בשיפור האיכות בהערכת החולה ובטיפולו, והפצת הנושא ככלי וכערך.

מדצמבר 1990 ובמשך שנים, פיתוח סמני איכות בטיפול נמצא בשטח ומתעצם בעולם, בפיתוח ובניתוח שוטף במערכות הפועלות מכבר. הפיתוח עובר בארצות הברית בחינה ואישור מתחדש על ידי CHSRA – (Center for Health Systems Research and Analysis) שמתרכז באוניברסיטת Wisconsin-Madison עם צוותי מומחים מתחומי בריאות שונים. סדרת סמני האיכות שבשימוש במוסדות בארה"ב מונה 24 סמני איכות, מתוך רבים יותר שפותחו. אילו מבוססים על הגרסה הפעילה כיום של כלי הערכת החולה. מדידת האיכות מתאפיינת באמצעות בחינת מאפייניהם משלוש זוויות: (1) דייר מול רמת המוסד, (2) הימצאות (prevalence) מול היארעות (incidence) של מצבים שונים, ו-3) תהליך מול תוצאה (Zimerman, 1995).

בישראל אימצנו שיטה זו. התחלנו בה במחקר והטמעה מאז 2009, ועודה בהטמעה ובשיפור נמשך. נעצים מרכיב זה כחלק ולטובת הטמעת השיטה בשירותים למפגר המזדקן.

שיטות ומהלך פרויקט והערכתו:

1. אוכלוסייה:

1. א. האוכלוסייה בגיל מעל 50 במעונות ובהוסטלים מונה כ-2500 מטופלים (ראה רקע תיאורטי: "סביבת המגורים"). רבים מהלוקים בפ"ש חיים במעונות – ב-55 מתוך 63 המעונות יש קבוצות גיל מעל 50 שנה, ומיעוטם, כ-30% חיים בקהילה בהוסטלים ומסגרות אחרות. ב-20 מתוך כ-60 ההוסטלים יש דיירים מעל גיל 50. ס"כ בפרוייקט הרחב 75 אתרי עבודה.
1. ב. הפרישה הרחבה לכלל 2,500 הקשישים בפרוייקט תהייה עקר המאמץ בדגש הטמעה ובארגון, ובשכלול ההכשרה, והעצמת המטפלים במסגרות.. ל-2,500 המשתתפים עם פש, יש מטפלים – המעורבים ברמת ההערכה והטיפול. מלבד כ-300 רכזי קידום אישי ומנהלות סיעוד, יש עוד כפול ממספר זה של מטפלים, לכן אנו נעריך לכ-900 לומדים – מיישמים לאורך שלוש שנים של הפרוייקט. ההדרכה וההנחיה יבוצעו בעזרת מע' ממוחשבת – אינטרנטית, אך גם במענה אנושי.
1. ג. אוכלוסיית גישוש - ראשית הפרוייקט בבדיקת גישוש והנעה, במספר מוסדות ומעונות בהם נמצאים זקנים בעלי פש. החוסים המוסדיים קשים יותר ומסובכים מבחינת בריאות וטיפול. רמות התפקוד של הקלים יותר מאפשרות גם יציאה אל מחוץ למסגרת והשתתפות בחיי הקהילה ותעסוקה במידה מוגבלת, וחזרה למסגרת המוגנת.
1. ד. אנו נעריך את הקשים ואת הקלים. חלק מהמפגרים הזקנים מבטאים את מחלות הזקנה וההזדקנות כבר מגיל 30 ולכן טווח הגילאים שייכלל בפרוייקט יהיה מגיל 50 ומעלה (+ חריגים).
1. ה. בשלב הגישוש וההנעה כ-300 נבדקים ייסקרו ב-4 אתרים. בכל מתקן שייסקר יוגדרו מאפייניו ומאפייני צוותו ודרכי עבודתם. זה יהיה מרכיב "סקר המוסדות" (ס"מ). שלב ס"מ לא יעסוק במיפוי המוסדות ברמת החוסה, אלא במתקן, וזה גם על מנת שנוכל להשוות בין המוסדות. נבצע בכל מוסד "סקר מוסד" באמצעות כלי הערכת מוסד של פרוייקט ה-SHELTER האירופי. כלי זה שימש בהצלחה בסקרים באוכלוסיות מוסדיות של זקנים ביבשת.

2. הדרכה ואימון:

2.א. בכל מתקן יוקם צוות פרויקט מוסדי שגם יודרך, אך גם ישתתף בתהליכים ביישום, ובחשיבה אח"כ. בכל מתקן תהייה גם אחות מוסמכת בתפקיד הרכזת הקלינית המוסדית של ההערכה ושל ריכוז הטיפול המובנה, לרשות הצוות יעמדו בכל מוסד מלבד היועץ הרפואי גם קבוצת המטפלות היותר בכירות, שאינן אחיות, אך המבצעות את רוב העבודה מול החוסים ומכירות אותם. המטפלות הבכירות ורכזי תכניות הקידום האישיות, יעברו הכשרה קודמת ראשונה ויסודית. הם ינחו אח"כ במוסד את עמיתיהם.

2. ב. שלב ההכשרה המרכזית.

מערכת רחבה של הכשרה ואימון תוקם ברחבי הארץ, "בהתבסס על רכזי תכנית קידום אישיות". הללו יהיו ציר הלמידה והפרישה בארץ, ככל הניתן נשתף מכל מעון לא רק את הרכזים אלא גם את מקצוענות הסיעוד הבכירה יותר במערכת המעון. בשלב זה יודרכו גם מפקחים ברחבי הארץ. כל משתתף יקבל תעודה בסיום.

2.ג. על הלוגיסטיקה של האימון, יתקיים דיון נפרד בצוות ההיגוי.

2.ד. שלב ההטמעה הרחבה – הערכות.

כל מוסד יעבור בתורו הכשרה על ידי מי מהצוות שעבר הכשרה מרכזית. מערכת תמיכה של הצוות באוניברסיטת חיפה תגבה את ההכשרה ברחבי הארץ. בשלב זה מקבוצת המטרה כ- 70% (צפי משוער) מתוך 75 מעונות והוסטלים, יעברו את ההכשרה.

2.ה. שלב ההטמעה הרחבה – מנהלים. מנהלי המוסדות והנהלת הסיעוד בהם יעברו הדרכה ילמדו איך להשתמש בכלים ובמשוברים לשיפור הטיפול והשירות.

3. שלב המחקר והמשוגב- יתבצע בשיתוף ובשילוב חברי צוות ההיגוי לפרויקט למשרד הרווחה ולאוניברסיטה.

4. כלי ההערכה

נשתמש בכלי ה- interRAI LTCF – למוסדות ומעונות ובכלי ה- interRAI HC וה- CHA למוסדות פתוחים ולהוסטלים. לכל אחד מהם נוסף את ה- Intellectual Disability Supplement of interRAI. מלבד כלי ההערכה והאומדן נפעיל גם את מערכת ה- interRAI אשר מזהה מצבים מיוחדים להתערבות טיפולית והוא 16 ה- CAPs (Clinical Assessment Protocols) מתוך 22 שפותחו בארה"ב. יתקיים דיון על כל CAP בצוות ההיגוי המרכזי לפרוייקט. מערכת זו תהווה כלי יעיל לאבטחת המשך והעמקת הערכה, אבחנה, טיפול ומעקב במפגרים המזדקנים בהם מתגלה בעיה ספציפית הדורשת טיפול. קיים יישום עברי לשני כלי ההערכה שלעיל, שפותחו לאחר

תרגומם בישראל לעברית והתנסות בהם למערכת ממוחשבת הקשורה באינטרנט למאגר נתונים, ומהווה כלי אלקטרוני יעיל ומתוחכם (אך ידידותי למשתמש) לשימוש הצוות. גם ה- CAPs ממוחשבים.

מדדי הצלחה בפרוייקט יהיו:

1. הפחתת שימוש בתרופות במוסדות.
2. הפחתת אשפוזים.
3. שביעות רצון עובדים ושביעות רצון מנהלים.
4. הגדלת היקף השתתפות המזדקנים המפגרים בפעילות חברתית ותרבותית.
5. נושאים נוספים כפי שיוחלט בצוות ההיגוי לפרוייקט ובהנהלת המשרד

הליך הפרוייקט וחקר ההערכה של הביצוע:

הערכת המשתתף המטופל תיעשה בכל מוסד/הוסטל אחת לכל ארבעה חודשים, במשך שנת הפרוייקט הראשונה, הערכה תתבצע גם במקרה של פטירה, אשפוז בבית חולים כללי, או מעבר למסגרת אחרת. חשוב לציין שהחלק בהערכת ה- interRAI הקשור לאבחנה ולתרופות תיעשה ע"י האחות המוסמכת ו/או מקדם הטיפול האישי במוסד/הוסטל.

הכשרה: אנו נקיים הערכה של הידע המקצועי בכל מוסד ובכל מסגרת פתוחה בטרם כניסה לתהליך, ונקיים הדרכות גם לכלל המוסדות והמתקנים המשתתפים במרוכז, וגם ייחודית למוסד. הדרכות מיוחדות תהיינה

- א. למנהלים
- ב. לאחיות המוסמכות ולרכזי תכניות קידום אישיות המוסדיים
- ג. למטפלות הבכירות

הדרכת המנהלים הרופאים והאחיות תכלול יום אחד משותף ואחר כך יום נוסף למנהלים בנפרד, ושלושה ימים שנתיים לרופאים ולאחיות בנפרד.

הקורס למטפלות יהיה נפרד מלכתחילה וימשך עד חמישה ימים. בקורס יושם דגש גם על תרגול. במהלך השנה יתקיים מפגש עם בוגרי הקורס אחת לארבעה חודשים לרענון ולמשוב.

מטה הפרוייקט יהיה במסגרת אוניברסיטת חיפה במרכז להערכה וסטנדרטים במוגבלות בבריאות שבמסגרת רשות המחקר.

שיתופי פעולה ויועצים: יועצת במושא הדרכה ומעכב גב' אליזבט האווארד מ- HSL Center המסונף לאוניברסיטת הרווארד בבוסטון. שני יועצים נוספים: פרופ' ברנט פריס מאוניברסיטת מישיגן באן ארבור מישיגן שבארה"ב, ויועץ נוסף ממדינת ארקנסו בארה"ב. (אנו נקיים שיתוף פעולה עם פרויקט דומה המתבצע כרגע במדינת ארקנסו בארה"ב באותו הכלי).

מיקום וניהול מטה: הפעילות תתבצע במרכז להערכה וסטנדרטים במוגבלות ובבריאות ברשות המחקר שבאוניברסיטת חיפה (בהקמה). יוקם צוות ניהול והיגוי משותף בראשית דר' חיה עמינדב, פרופ' יעקב גינדין,

University of Haifa



אוניברסיטת חיפה

פרופ' אריק רימרמן, הגב' יעל עופר (MA), דר' תמר שוחט, דר' שולמית אפשטיין, דר' דורון ניסימייה,
(פסיכיאטר וגריאטר במרכז לבריאות הנפש ברמת חן של שירותי בריאות כללית).
בכל שנה משנות הפרוייקט נקיים מפגש אחד של השת"פ הדו לאומי בישראל, בארה"ב (ארקנסו).

פאפ י. ג'נרן