

ה' באלול, התשע"ג
11 אוגוסט 2013
מס' 11/13

נושא: מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל (סייעת רפואית)

1. רקע

במערכת החינוך לומדים תלמידים בעלי צרכים רפואיים ייחודיים הנדרשים לביצוע טיפולים סיעודיים ופעולות מנע לצורך שמירה על מצב בריאות תקין, ומניעת מצבים מסכני חיים מיידיים.

כדי לאפשר לתלמידים אלו את מימוש זכותם וחובתם ללמוד, ולעשות כן באופן בטיחותי ומבלי לסכן את בריאותם וחייהם, מקצה המדינה תקציב למימון מלווה אישית ("סייעת רפואית"), לצורך ביצוע הפעולות הייחודיות הנחוצות בעת שהותם במוסד החינוכי.

המלווה משמש זרועם הארוכה של ההורים בביצוע אותן הפעולות, שההורים עצמם מבצעים בשגרה בעת שהות התלמיד בביתו.

על מנת לתת מענה לצרכי אוכלוסיות אלו ניתן להכשיר במוסדות רפואיים אנשים שאינם בעלי מקצוע בריאות (כמוגדר [בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, תשס"ח-2008](#)), כמלווים אישיים.

לצד צרכיהם הייחודיים, חשוב להדגיש כי גם מתלמידים אילו ניתן לצפות שעם גדילתם והתפתחותם ילמדו לתפקד באופן עצמאי, ככל שניתן, בטיפול הנדרש בהתאם לאבחנה הרפואית, ולהתנהל באופן אחראי במניעת מצבי סיכון ובטיפול, כך שתלותם במלווה האישי תצטמצם.

בקשות לסיוע יש להגיש באמצעות האגף לחינוך ברשות המקומית לפי מקום מגורי התלמיד. ריכוז הפניות והדיון בבקשות מנוהל על ידי משרד החינוך במסגרת ועדה בין משרדית (של משרד החינוך והבריאות). המלצות הועדה מיושמות מתקציב משותף של משרד החינוך, משרד הבריאות, משרד האוצר והמרכז לשלטון מקומי.

חוזר זה מתייחס באופן ייעודי למלווה אישי לתלמידים עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל, ומחליף, את [חוזר השירות הארצי לעבודה סוציאלית 2541](#) מדצמבר 2008 - "מלווה אישי לביצוע פעולות טיפוליות לילד בחינוך הרגיל - קריטריונים לזכאות".

חוזר זה מוסיף ומשלים על חוזרים מחייבים שפרסם משרד החינוך בנושא התמודדות בית הספר עם תלמידים הסובלים [מסוכרת נעורים](#) (תשסח/8א), [אלרגיות למזון](#) (תשסה/1א), [אפילפסיה](#) (תשסב/2א), [מתן טיפול תרופתי](#) (תשעב/1ב) וכן כל נוהל שיפורסם או יעודכן בעתיד.

2. מטרת החוזר

- 2.1. הסדרת הסיוע באמצעות מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים הנזקק לכך.
- 2.2. הגדרת הפעולות הטיפוליות הנובעות מהמצבים הרפואיים המזכים במלווה אישי (הקריטריונים הרפואיים).
- 2.3. הגדרת תפקיד המלווה האישי.
- 2.4. הגדרת תהליך ההדרכה של המלווה האישי ומתן האישור על ידי מוסד רפואי.
- 2.5. תיאור פעולת הוועדה הבין משרדית לאישור המלווה האישי.

3. הגדרות

- 3.1. "מלווה אישי" (כונה בעבר "סייעת רפואית") – אדם שקיבל הדרכה אישית מתאימה כמפורט בחוזר זה, המלווה את התלמיד ומהווה זרוע ארוכה של ההורים בביצוע פעולות טיפוליות מוגדרות ו/או השגחה למניעת מצבי סיכון בתלמיד בעל צרכים רפואיים ייחודיים העונה לקריטריונים המפורטים בסעיפים 6.1 ו-6.2, בעת שהותו במוסד חינוכי.
- 3.2. "הוועדה"- הוועדה הבין-משרדית לאישור הזכאות למלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל לצורך ביצוע פעולות טיפוליות. חברי הוועדה כוללים: המפקח על תחום הבריאות במשרד החינוך (יושב ראש הוועדה), רופא מהמחלקה לאם לילד במשרד הבריאות, ונציג השירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות.
- 3.3. "תלמידים בחינוך חובה רגיל"- תלמידים הלומדים במסגרות חינוך רגיל, בהתאם לחוק חינוך חובה החל כיום מגיל 5 שנים, ולגילאי 3-4 ביישובים מוגדרים עליהם חל צו הרחבת החוק.
- 3.4. "תלמידים בחינוך חינוך שאינו חובה"- תלמידים בגילאי 3-4 הזכאים לחינוך חינוך שאינו חובה על פי החלטת הממשלה מספר 4088 מיום 08.01.2012. או כל החלטת ממשלה אחרת שתתקבל לגבי הגיל.
- 3.5. "מוסד רפואי מטפל"- מוסד רפואי מורשה ומוכר על ידי משרד הבריאות בו מקבל המטופל את הטיפול הרפואי.

4. מסמכים ישימים

- 4.1. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 48/2009 - מתן אישור למלווה אישי לביצוע פעולות טיפוליות - תיקון.

5. חלות

- באחריות הרשומים מטה להכיר נוהל זה ואת הקריטריונים המאפשרים פנייה לוועדה:
- 5.1. רופאי ילדים, רופאי משפחה ורופאים מומחים במקצועות העל ברפואת הילדים.
- 5.2. אחיות העובדות במסגרות רפואיות אמבולטוריות או אשפוזיות לטיפול בילדים.
- 5.3. עובדים סוציאליים במסגרות רפואיות אמבולטוריות או אשפוזיות לטיפול בילדים.

6. השיטה

- 6.1. הקריטריונים הרפואיים לזכאות - להלן הפעולות הטיפוליות הנובעות מהמצבים הרפואיים הייחודיים העשויות לזכות במלווה אישי לתלמיד במערכת החינוך הרגילה:
- 6.1.1. תלמידים הזקוקים לפעולות פולשניות אקטיביות באופן שגותי בשעות הלימודים הפרמאליות ואשר אין הם יכולים לבצען עצמאית:
- 6.1.1.1. צנתור שלפוחית השתן.
- 6.1.1.2. הזנה ישירות לקיבה/האכלה דרך זונדה או גסטרוסטום.
- 6.1.1.3. ביצוע בדיקה בדקירה של רמת הסוכר בדם, והזרקת אינסולין.
- 6.1.1.4. שאיבת הפרשות דרך טרכאוסטומיה.
- 6.1.1.5. מתן חמצן.
- 6.1.1.6. חיבור וניתוק ממכונת הנשמה לצורך שאיבת הפרשות.
- 6.1.1.7. החזרת קנולה למקומה – אם היא פעולה מצילת חיים.

6.1.2. תלמידים הזקוקים להשגחה למניעת מצבי סכנת חיים מיידיית :

6.1.2.1. אלרגיה מסכנת חיים למזונות שתלמיד עלול להיחשף להם תוך כדי שהותו במוסד החינוכי: חלב, בוטנים, סומסום אגוזים ודגים, עם אחד מאלו לפחות :

6.1.2.1.1. תיעוד ברור של תגובה אנפילקטית קשה בעבר שכללה מעורבות דרכי נשימה ו/או ירידת לחץ דם והצריכה פניה וטיפול בבית חולים

6.1.2.1.2. תיעוד ברור של תגובה אלרגית בעלת פוטנציאל מסכן חיים עם רקע מתועד של אסטמה עם התלקחות בשנה האחרונה, או על טיפול מונע קבוע.

6.1.2.2. אפילפסיה כללית לא מאוזנת (יותר מ-2 התקפים בחודש), עם התקפים קשים (גראנד מאל) או אפילפסיה מיוקלונית, שמביאים לנפילה.

6.1.2.3. הפרעת קרישה חמורה מסכנת חיים עם נטייה לדמם לא מבוקר (המופיליה, מקרים המטולוגיים חמורים וחריגים).

6.1.2.4. מצב אחרי השתלת קוצב לב או השתלת ICD בילדים בגיל גן.

6.1.3. עצמאות בטיפול ובמניעת מצבים מסכני חיים :

6.1.3.1. במצבים רבים מצופה מתלמיד להגיע לעצמאות בטיפול ובמניעת מצבים מסכני חיים, בהתאם למהות המחלה, גיל התלמיד ורמת ההתפתחות וההתמודדות האישית.

6.1.3.2. עם העלייה בגיל, נוכחות או תלות באדם מבוגר המלווה את התלמיד בבית הספר, עלולים להשפיע לרעה על התפתחותו הרגשית-חברתית של התלמיד.

6.1.3.3. נושא עצמאות התלמיד נבדק בכל מקרה לגופו ומהווה שיקול בהחלטה בדבר אישור, דחייה, המשך אישור העסקה או סיום האישור להעסקת המלווה האישי.

6.1.4. מצבים גופניים שאינם מזכים בסיוע :

למען הסר ספק מובהר כי קושי או מוגבלות בביצוע פעולות שגרה יומיומיות (ADL) דוגמת עזרה בניידות, עזרה בניקיון אישי, החלפת טיטולים וכדומה - אינן מזכה בסיוע של מלווה אישי לפי חוזר זה.

6.2. אמות מידה מינהליות לזכאות :

6.2.1. תלמידים בחינוך הרגיל בגיל חובה.

6.2.2. תלמידים בגיל חינוך חינוך חובת - זכאים לסיוע החל משנת הלימודים תשע"ג לפי החלטת משרד החינוך.

6.2.3. תלמידים בחינוך המיוחד - אינם זכאים לסיוע לפי חוזר זה.

6.3. תפקידי המלווה האישי/הסייעת:

- 6.3.1. המלווה האישי יבצע פעולות טיפוליות מוגדרות ו/או השגחה למניעת מצבי סכנת חיים מיידידת לתלמיד, בעת שהותו במוסד החינוכי, בשעות פעילותו הפורמאליות וכפי שאושרו בוועדה הבין-משרדית.
- 6.3.2. הפעולות המאושרות לביצוע הינן אישיות וייעודיות לתלמיד המטופל ולמלווה המסוים, בכפוף לקבלת הדרכה כמתחייב על פי חוזר מנכ"ל 48/09 "מתן אישור למלווה אישי לביצוע פעולות טיפוליות- תיקון".
- 6.3.3. המלווה האישי יעודד את התלמיד לעצמאות טיפולית, בהתאם להנחיות הגורם הרפואי המטפל ובהתאם לגילו ומהות מצבו הרפואי.
- 6.3.4. המלווה האישי יפעל בתיאום עם המסגרת החינוכית וההורים.

6.4. איסור ביצוע פעולות טיפוליות בין כותלי בית החולים:

- 6.4.1. המלווה האישי לא יבצע אף אחת מן הפעולות שהותר לו לבצען בבית הספר, בשעה שהמטופל נמצא בבית החולים או במוסד רפואי אחר, לצרכי טיפול.
- 6.4.2. במוסד רפואי יבוצעו כל הפעולות הטיפוליות על ידי צוות המוסד הרפואי.

6.5. הדרכת המלווה האישי

- 6.5.1. הדרכת המלווה האישי תתבצע על פי העקרונות המפורטים בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות (48/2009) "מתן אישור למלווה אישי לביצוע פעולות טיפוליות - תיקון" ובפרט הסעיפים: "תנאי קדם להדרכת המלווה", "הליך ההדרכה", "אישור על הדרכת מלווה אישי".
- 6.5.2. ההדרכה תינתן על ידי אחות מוסמכת או רופא במוסד רפואי מורשה ומוכר על ידי משרד הבריאות, בו מקבל המטופל טיפול רפואי, בתיאום עם מנהלת הסיעוד באותו המוסד.
- 6.5.3. אישור ביצוע ההדרכה (ראה נספח 1) ייחתם הן על ידי האחות המדריכה והן על ידי המלווה האישי המודרך וזאת לאחר בדיקת יכולת המודרך לבצע פעולות אלו. האישור ייחתם ב-4 עותקים: למלווה; להורה; לרשות המקומית/מחלקת החינוך; לתיוק בתיק המטופל במוסד הרפואי.
- 6.5.4. האישור בר תוקף לשנת לימודים אחת בלבד.
- 6.5.5. האישור בר תוקף לטיפול בתלמיד המסוים בלבד, למעט אם אושר על ידי הוועדה שהמלווה יטפל ביותר מתלמיד אחד, והמלווה הוכשר בהתאם לטפל בכל אחד מן התלמידים באופן פרטני (סעיף 6.7.5).

6.6. העסקת המלווה:

- 6.6.1. העסקת המלווה נעשית על ידי הרשות המקומית כמקובל בהעסקת עובדים, בכפוף לקיום:
 - 6.6.1.1. אישור היקף העסקה תקף מטעם הוועדה.
 - 6.6.1.2. אישור הדרכה בר תוקף של המלווה כמפורט בסעיף 6.5.3 (נספח 1)
 - 6.6.1.3. הסכמת הורה להעסקת המלווה האישי (נספח 2)

6.7. הליך הפנייה ופעילות הועדה :

6.7.1. הליך הפניה לוועדה מתבצע אך ורק באמצעות אגף החינוך ברשות המקומית בה נמצא המוסד החינוכי בה לומד התלמיד לומד כמתואר במפורט בנוהל משרד החינוך ל"הגשת בקשה לסייעות רפואיות לתלמידים בחינוך הרגיל" (המתעדכן מעת לעת).

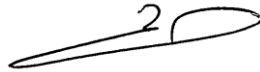
6.7.2. לפנייה זו יצורפו :

6.7.2.1. סיכום רפואי עדכני מתאריך של לא יותר מ- 6 חודשים לפני הגשת הבקשה, מרופא מומחה מטפל, המפרט את הטיפול הנדרש במהלך שעות הלימוד במוסד החינוכי, ואת העצמאות התפקודית של התלמיד בהתייחס למהות המחלה ;

6.7.2.2. דו"ח פסיכו סוציאלי מטעם עו"ס, או דו"ח של יועצת חינוכית או פסיכולוג המתייחס לאופי בו התלמיד ומשפחתו מתמודדים עם המצב הרפואי המורכב/מסכן החיים, לצרכים ולציפיות שלהם (בכפוף לחתימת ההורים על טופס ויתור על סודיות רפואית לעניין זה).

6.7.3. מעקב ביצוע מתן השירות יהיה באחריות משרד החינוך.

בכבוד רב



פרופ' רוני גמזו

העתק : ח"כ יעל גרמן, שרת הבריאות
לת/46158513

אישור הדרכת מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל

הצהרת האח/ות או הרופא/ה המדריך/ה:

הריני לאשר כי מר/גב' _____
 ת.ז./מס' דרכון _____
 עברה/ה בתאריך _____ בהצלחה הדרכה לביצוע פעולות טיפוליות
 בתלמיד/ה _____ ת.ז. _____
 ואך ורק למטופל זה.

הפעולות עליהן הודרכה/ה ונבחנה/ה הן:

שם האח/ות הרופא/ה המדריך/ה	תפקיד	חתימה
----------------------------	-------	-------

- ✓ אישור זה הוא אישי ואין להשתמש בו לטיפול במטופל אחר מלבד זה ששמו מצוין לעיל.
 - ✓ אישור זה בר תוקף לשנת הלימודים תש"_____ המסתיימת בקיץ שנת _____ 20.
- ההדרכה בוצעה בהתאם ל:

1. חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 48/09: "מתן אישור למלווה אישי לביצוע פעולות טיפוליות- תיקון"
2. חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 11/13: "מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל"

הצהרת המודרך/ת

הריני לאשר כי הודרכתי לבצע הפעולות המפורטות לעיל עבור התלמיד/ה

שם המלווה האישי	חתימה	תאריך
-----------------	-------	-------

מקור:
העתיקים:
 המלווה האישי
 רשות מקומית/מחלקת החינוך
 הורי התלמיד
 מרפאה מקצועית מטפלת

**הסכמת הורה/אפוטרופוס להעסקת מלווה אישי לתלמיד
עם צרכים רפואיים ייחודיים**

אני הח"מ, מר/גב' _____ ת.ז. _____

ההורה/האפוטרופוס של התלמיד _____ ת.ז. _____

מאשר בחתימתי כי אני מסכים

שמר/גב' _____ ת.ז./דרכון _____

ישמש/תשמש כמלווה אישי/אישית בשנת הלימודים _____ לבני/ביתי הנ"ל בעל/ת
הצרכים הרפואיים הייחודיים בעת שהותו במוסד חינוכי בחינוך הרגיל, בכפוף לקבלת ההדרכה
המתאימה במסגרת הרפואית המטפלת.

_____	_____	_____
תאריך	חתימה	שם

נחתם בפני _____ תפקיד _____

העתקים:
הרשות המקומית/מח' חינוך/תיק תלמיד
הורי התלמיד
מרפאה מקצועית
המלווה האישי