

שירותים אחודים לילדים ונוער עם מוגבלויות ומשפחותיהם

Integrated Services for Children & Youth
with Disabilities And their Families

מחקר השוואה בינלאומי

ד"ר טלי-נוי הינדי | ביתא מחקר

המחקר נערך כחלק מתכנית האדם במרכז, שותפות בין משרד האוצר, משרד ראש הממשלה וג'וינט אלכא, בשיתוף משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, משרד החינוך ומשרד הבריאות



תוכן עניינים

מבוא..... 3

מתודולוגיה..... 4

מדיניות רווחה: גישה אוניברסאלית לעומת גישה סלקטיבית..... 5

מגמות בתחום מדיניות המוגבלות בעולם..... 6

א. שינוי גישה במדיניות מוגבלות: מהגישה הרפואית לגישה האינטגרטיבית..... 6

ב. המסגרת המשפטית לקביעת זכויותיהם של ילדים עם מוגבלות..... 6

ג. שינויים במיקוד מדיניות המוגבלות..... 7

ד. רפורמות שילוב בבתי הספר..... 7

גישות בהערכת מוגבלות (אבחון / Diagnosis)..... 8

קביעת הזכאות (Eligibility)..... 9

אספקת שירותים לאנשים עם מוגבלות..... 10

א. שירותי מידע ושירותי התערבות..... 10

ב. עקרון הביזור באספקת שירותים: יתרון לגודל לעומת קרבה למטופל..... 10

מודלים אפשריים למיצוי זכויות ושירותים..... 11

הקדמה לחקרי מקרה..... 11

חקר מקרה 1: שוויץ..... 12

חקר מקרה 2: גרמניה..... 13

חקר מקרה 3: אוסטרליה..... 14

חקר מקרה 4: דנמרק..... 16

תיאור המנגנון- המרכז למוגבלות..... 20

חקר מקרה 5: אנגליה..... 22

תיאור המנגנון..... 24

ביבליוגרפיה..... 27

נספח א: המודל האינטראקטיבי למוגבלות (ICF)..... 29

נספח ב: פנייה ומתווה שאלות למומחה באנגליה..... 30

נספח ג: פנייה ומתווה שאלות למומחה בדנמרק..... 32

נספח ד: דנמרק-אנשי קשר..... 33

נספח ה: אנגליה-אנשי קשר..... 34

מבוא

מוגבלות בילדות אינה נחשבת רק כביטוי של לקות אלא כביטוי של אינטראקציה מורכבת בין הילד, הלקות והסביבה. בהתאם לכך, תשומת הלב צריכה להתמקד לא רק בליקויים בריאותיים של ילדים, אלא גם ביכולתם לבצע פעילויות יומיומיות המתאימות לגיל ולהשתתף בפעילויות חברתיות וקהילתיות בסביבתם. ישנם ליקויים רפואיים אשר אינם משפיעים על השתתפות הילד וישנם ליקויים רפואיים אשר מעכבים תהליכים התפתחותיים וישפיעו על האדם גם בגיל מבוגר. ליקויים קשים מאוד מהווים איום על רווחתם החברתית והרגשית של ילדים ואיכות חייהם ואף על חייהם העצמאיים כבוגרים.

לכל הילדים עומדת הזכות להשתתף בבית הספר, בחברה, ועם הפיכתם למבוגרים להשתתף בכוח העבודה, ללא אפליה על בסיס מוגבלות. כדי לתמוך בזכויות אלה, פותחו תוכניות ושירותים רבים במגוון תחומים - כולל שירותי בריאות, חינוך ורווחה - אשר נועדו לשפר את בריאותם ותפקודם של ילדים בגילאי בית הספר עם מוגבלות (בישראל לדוגמא מגיל 0 ועד גיל 21).

מדיניות מוגבלות עוסקת בשני סוגים של סלי שירותים והטבות אשר נחלקים בספרות מחד לשירותים והטבות **מוכוונות-אדם** (ילד) אותה מעטפת תמיכה אשר נזקק לה ילד עם מוגבלות כדי לתפקד באופן יומיומי, ללמוד ולהשתתף בחברה; לבין שירותים והטבות **מוכוונות-משפחה** אשר נועדו לתמוך בילד עם מוגבלות באמצעות שיפור היכולות והאמצעים העומדים לרשות משפחתו (לדוגמא קצבת ילד נכה או עזרה במימון רכב למשפחה) וכן מעטפת תמיכה סוציאלית ייעודית לבני המשפחה אשר מתמודדים עם ההשלכות של טיפול אינטנסיבי וממושך (לדוגמא: נופשונים למשפחה).

במרבית מדינות העולם המפותח ישנם מספר משרדי ממשלה אשר מזכים ילדים עם מוגבלות ומשפחותיהם בהטבות ושירותים תומכים: משרד הבריאות, משרד הרווחה, הביטוח הלאומי (קצבאות שנות), משרד החינוך ו/או משרדים ייעודיים אחרים כמו משרד למשפחות.

התהליך האדמיניסטרטיבי למיצוי אותן זכויות אשר עוברים ילד עם מוגבלות ומשפחתו, כולל מספר שלבים ובהם (א) הערכת המוגבלות בו נקבעים באופן חוקי ומהימן סוג וחומרת המוגבלות (ב) קביעת זכאות לשירותים (ג) קבלת חבילת ההטבות והשירותים -קצבאות, התאמות והטבות. התהליך האדמיניסטרטיבי הכרוך במיצוי זכויות אלה משתנה ממדינה למדינה ונע על רצף שבין מיצוי זכויות פרגמנטלית גבוהה (פניה של המשפחה לכל משרד בנפרד) ועד לתהליך אחוד (אינטגרטיבי) (מנגנון אשר מקצה את כל הזכויות במקום אחד). ניתן לראות שמדינות פדראליות זיהו כי מתקיים אי-שוויון מרחבי בכל הקשור לסל השירותים והזכויות של אנשים עם מוגבלות לאור העובדה כי במדינות אלה מתקיימת מערכת 'זכויות' כפולה קרי, זכויות אשר ניתנות על ידי הפדרציה עצמה וזכויות אשר ניתנות על ידי המדינות השונות. מצב זה של חלוקת משאבים לא שוויונית הביאה לחשיבה מחודשת בדבר סל השירותים ומיצוי הזכויות לאנשים עם מוגבלות וליצירת מנגנונים חדשים לתיאום ולמיצוי זכויות. יחד עם זאת, גם במדינות אוניטריות בהן יש מערכת זכויות אחת ישנה שונות בסל השירותים וההטבות אשר יכול אדם עם מוגבלות לקבל בשל מערכת אספקת שירותים שונה בין רשות מקומית או בין רשויות אזוריות (הממשל האזורי) באותה מדינה.

מטרת סקירה זו לתאר את הגישות הרווחות בתחום של מדיניות מוגבלות, סוגי האבחון, הזכאות וכן את המנגנונים האדמיניסטרטיביים למיצוי זכויות הקיימים במספר מדינות (כחקרי מקרה) לילדים עם מוגבלות ומשפחותיהם.

העבודה מחולקת לחלקים הבאים:

בחלק הראשון העבודה סוקרת היבטים של מדיניות רווחה , גישות ומגמות שונות במדיניות מוגבלות בעולם. לאחר מכן, נסקרו גישות להערכת מוגבלות, קביעת זכאות לשירותים שונים ועקרונות לאספקת שירותים. לסיכום חלק זה תוארו מודלים אפשריים למיצוי זכויות ואספקת שירותים.

בחלק השני של העבודה נסקרה מדיניות מוגבלות בחמישה חקרי מקרה: שלוש מדינות פדרליות (שוויץ, גרמניה ואוסטרליה) ובשתי מדינות אוניטריות (דנמרק ואנגליה). לאור בקשת צוות השולחן העגול נסקרו לעומק מנגנוני ההפעלה בדנמרק ואנגליה. אלה שולבו סמוך לתיאור מדיניות המוגבלות במדינות אלה.

מתודולוגיה

חלק א של המחקר כלל שני שלבים:

שלב א': ראיונות פנים אל פנים עם אנשי מפתח [משרד הרווחה ומשרד הבריאות] האמונים על נושא ילדים ונוער עם מוגבלות (ראה טבלה). לאור התחלת משבר הקורונה לא בוצע ראיון עם אנשי משרד החינוך.

מטרת המפגש (א) לזהות אילו נושאים נלמדו בעבר בתחום של ילדים ונוער עם מוגבלות בהשוואה בינלאומית. לדוגמא: תחום האבחון וההערכה של מוגבלויות נלמד במשרד הרווחה ואומץ מודל טאיוואן לאבחון והערכה תפקודית שיש לו קשר כמובן גם לאבחון והערכה של ילדים ונוער עם מוגבלות.

(ב) לזהות אילו מדינות רלבנטיות להשוואה לא רק במובן של ריכוזיות וביזור אלא גם מתוך הבנת הגישות המקצועיות [דומות יותר או פחות לישראל], גודל האוכלוסייה ומאפייניה. (ג) לזהות אנשי מפתח במדינות שונות אשר ניתן ליצור איתם קשרים לצרכי למידה משותפת.

טבלה 1: רשימת מראיינים

שם המראיין	תפקיד	משרד ממשלתי	תאריך ביצוע הראיון
ד"ר הדד ירדני	התפתחות הילד ושיקומו- מנהלת מחלקה	משרד הבריאות	23.2.2020
שיר אברמיצקי	כלכלנית-מטה חטיבת רפואה	משרד הבריאות	23.2.2020
מארק שמיס	מנהל אגף בכיר הערכה, הכרה ותכניות מינהל מוגבלויות	משרד העבודה, הרווחה והשירותים האישיים	27.2.2020

שלב ב':

סקירת אופן חלוקת הסמכות והאחריות בתחום הטיפול בילדים ונוער עם מוגבלויות ב- 5 מדינות. בפירוט הבא:

- הגופים המרכזיים האחראים לטיפול בילדים ונוער עם מוגבלויות.
- תחומי האחריות, בקווים כלליים, של כל גוף.
- האם קיים גוף סטטוטורי או מנגנון משמעותי שתפקידו לחבר בין הגופים המרכזיים, לפקח עליהם או מהווה כתובת אחת למקבלי השירות – ילדים ונוער עם מוגבלויות ובני משפחתם.
- גישת האבחון והזכאות.
- שירותים והטבות.

שלב ג':

שלב ג' של עבודת המחקר כלל העמקה בשני מנגנונים בין-משרדיים (חינוך, בריאות, רווחה) במדינות בריטניה ודנמרק כחקרי מקרה מהם ניתן ללמוד על best practices בתחום של תכנון, יישום ובקרת שירותים אחודים (אינטגרטיביים) לילדים ונוער עם מוגבלות ומשפחותיהם.

חקרי המחקר נשענים על שתי מתודולוגיות מרכזיות:

תיאור כל מנגנון התבסס על איסוף מידע פורמאלי ולא פורמאלי במטרה לשרטט תמונה שלמה. מרבית החומרים בהם נעשה שימוש הם חומרים ממקורות ראשוניים: אתרי אינטרנט של משרדי ממשלה ורשויות; חוקים; מסמכים רשמיים של רשויות לדוגמא חוברות הפעלה (manuals).

אותר בבריטניה גורם מקצועי בתחום רפורמת SAND ובוצע עמו ראיון. שלב זה נועד לתקף את המידע שנאסף בשלב הראשון ולחלץ ידע אשר אינו נמצא בספרות או במסמכי מדיניות לדוגמא: השיקולים לבחירת מנגנון הפעולה, מדוע נפסלו מנגנונים אחרים, קשיים ביישום, גורמים מקדמים ביישום, תהליך עבודת המנגנון ועוד. הראיון בוצע בשפה האנגלית.

טבלה 2: רשימת מראיינים

שם המראיין	תפקיד	שיוך ארגוני	תאריך ביצוע הראיון
ניק קרוסבי	יועץ לרפורמת SAND ומלווה רשויות בתהליכי הטמעת הרפורמה באנגליה	LOMUS ארגון ללא כוונת רווח	12 יוני 2020 שיחת ZOOM

מדיניות רווחה:

גישה אוניברסאלית לעומת גישה סלקטיבית

בעשור הקודם (מאז שנות ה-2000) אימצו מדינות רבות בעולם מודל אחיד לשירותי רווחה אישיים וזאת כתוצאה מקונצנסיס בינלאומי לגבי הצורך למצוא איזון בין שתי גישות יסוד סותרות במדיניות הרווחה, כל אחת בעלת דרישות והשלכות שונות- הגישה המכלילה וגישת המיקוד.

הגישה המכלילה (social inclusion) מתייחסת לקבוצות שהוגדרו עד כה כקבוצות נזקקות, כגון אנשים עם מוגבלות, קשישים ובני נוער בסיכון, וראיתם כחלק אינטגרלי של החברה והמשק. גישה זו מבקשת לשלב קבוצות אלה בלב המרקם החברתי, והיא מציגה את שירותי הרווחה האישיים כזכות בסיסית לכל אדם. יישומה האידיאלי של גישה זו בכל מדינה מצריך התערבות ציבורית רחבת היקף, יסודית ומתואמת על מנת ליצור מערכת שירותים חברתיים **אוניברסאלית** המציעה זכויות אחידות לכל תושב, מקדמת קבוצות מודרות ומתפרסות על כל המגזרים החברתיים. מכאן שהיא כרוכה בעלויות גבוהות. המימון שלה מקורו בכספי מיסים או בתשלומי ביטוח חובה, ועל כן היא מהווה מעמסה כלכלית בה נושאת החברה כולה. על פי הגישה האוניברסאלית, מעמסה זו נתפסת כהכרחית על מנת למנוע היווצרות של קבוצות מודרות, ולקדם חברה שהיא יחסית שוויונית ומלוכדת.

הגישה השנייה מכונה **גישת המיקוד** (targeting). גישה זו הנה **סלקטיבית** והיא מבקשת להתמקד בקבוצות יעד מוגדרות. ההנחה היא כי מגבלות התקציב מחייבות הקצאת משאבים רק למי שפנו לקבלת עזרה והוכיחו את נזקקותם, את צורכיהם ואת מחסורם. גישה זו שמה דגש על הצורך לצמצם את האחריות הקולקטיבית וכך גם את הנטל הפיסקאלי בו נושא הכלל. הגישה הסלקטיבית קושרת את הזכאות לשירותי רווחה ומתנה אותם במבחן נזקקות בזמן שעל הפרט להוכיח שאין בידו וביד משפחתו משאבים מספיקים למחייה סבירה (means-tested social services) . מדיניות זו מכוונת לתת מענה לצרכי אוכלוסיות יעד חלשות בלבד. מצב כזה, בו שירותי הסיוע והתמיכה לאנשים נזקקים ניתנים לפי קריטריונים כלכליים שאינם קשורים למצבם הבריאותי, הנפשי או החברתי, עלול למנוע התאמה להתפתחויות חדשות בתחומי הבריאות והחברה וכן להקשות על איתור ומניעה בזמן אמת של בעיות חברתיות. המדיניות הסלקטיבית משמעותה גם הפחתת מעורבותה של הממשלה בחברה ודגש על הצורך בהרחבת בסיס המימון של השירותים החברתיים באמצעות שותפויות בין המגזר הממשלתי - ציבורי וספקי שירות עסקיים או וולונטריים. מדיניות זו מתבטאת בהפרטה של השירותים החברתיים, חלקית או מלאה. מדיניות זו מעלה שאלות נוקבות של בקרה, פיקוח ותיאום בין גורמים רלבנטיים: הפונים, מגישי (ספקי) השירות, מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות והשלטון המרכזי. הדבר בולט במיוחד על רקע היווצרות פערין בין-אזוריים בהקצאת משאבים ובאיכותם, זמינות ויעילות של השירותים המוצעים. גישה זו המשלבת גורמים שונים במימון שירותי רווחה ובהנגשתם מאפיינת לדוגמא את מערכת שירותי הרווחה של בריטניה, ניו-זילנד, קנדה והולנד (ינאי ואחרים, 2007).

מגמות בתחום מדיניות המוגבלות בעולם

א. שינוי גישה במדיניות מוגבלות: מהגישה הרפואית לגישה האינטגרטיבית

עד לשנות ה-70 של המאה הקודמת שלטה במדיניות המוגבלות הגישה הרפואית שהתמקדה במונחים של 'נכות' או 'לקות' שיש להתייחס אליהם כתופעות רפואיות (מחלה, תסמונת, פגיעה) ושנדרש לשקמם. המונח מוגבלות נכנס לשיח רק בשנות ה-70 וה-80 של המאה הקודמת כתוצאה ממאבק של תנועות לשוויון לאנשים עם מוגבלות בארה"ב ובבריטניה. מחאה זו הובילה להתפתחותה של הגישה החברתית (Oliver, 1986) שמתייחסת למוגבלות כתופעה חברתית מובנית שמתרחשת כתוצאה מאינטראקציה בין האדם לסביבתו אשר יוצרת לו חסמים. על פי גישה זו המוגבלות מושפעת ממקום, זמן, נורמות חברתיות, תרבותיות וכלכליות.

אם, על פי הגישה הרפואית הודגשה נזקקותם של אנשים עם מוגבלות למערכות הרווחה והחינוך המיוחד הרי שהגישה החברתית הדגישה את זכותם של אנשים עם מוגבלות לשוויון זכויות, נגישות והתאמות (זהר ואלמוג, 2019).

בשנות ה-2000 סביב התגבשותה של אמנת האו"ם לזכויות של אנשים עם מוגבלות (CRPD, 2016) התפתחה הגישה האינטראקטיבית אשר לוקחת בחשבון את המאפיינים הגופניים, בריאותיים ואישיים של האדם וכן את מאפייני הסביבה (הרחבה על גישה זו בנספח א). גישה זו שמה דגש על זכותם השוויונית של אנשים עם מוגבלות להשתתפות בכל תחומי החיים לצד פיתוח פרקטיקות המאפשרות לאנשים עם מוגבלות סביבה ותמיכה מותאמת לקידום השתתפותם. אין ספק שמצבם החברתי של אנשים עם מוגבלות השתנה מאז תחילת שנות התשעים, מאז שהוחלפו הגישה הרפואית המסורתית והגישה החברתית בגישה האינטגרטיבית חברתית-תפקודית ששמה במרכז את זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות (גישה זכויות האדם).

רוב המדינות מביאות בחשבון את היתרון הכלכלי והחברתי הטמון בהכללתן של קבוצות מוזדרות בחברה. שיקומן החברתי והכלכלי של קבוצות אלה מאפשר את שילובן בשוק העבודה ובחיי הקהילה ומתבטא בחסכון ארוך טווח בהוצאות בריאות, רווחה ואכיפת חוק. בקנדה פורסם ב-1992 דו"ח שכותרתו "משלמים ביוקר רב" (Paying too Dearly). דו"ח זה חובר על ידי וועדת מומחים פדראלית שעסקה בנושא זכויות אדם ומעמדם של אנשים עם מוגבלויות. בדו"ח הודגשו העלויות הכרוכות בהמשך הדרתם החברתית והכלכלית של אנשים עם מוגבלויות, והומלץ בו לשקול גם את התועלת הכלכלית הגלומה בהכללה של אנשים עם מוגבלויות ושילובם במערכת החברתית והכלכלית, כולל העלויות התקציביות הכרוכות בשיקומם. הקריאה לשלב קבוצות מוזדרות בחברה מנחה את המדיניות החברתית בקנדה עד היום.

ב. המסגרת המשפטית לקביעת זכויותיהם של ילדים עם מוגבלות

לצד חוקי הביטוח הסוציאלי וחוקי ביטוח הבריאות, בכל המדינות קיימים חוקים המעגנים ומסדירים את מערכות שירותי הרווחה האישיים באותה המדינה.

שירותי הרווחה לאנשים עם מוגבלויות הנם מבוססים ורחבים יותר וכוללים לצד שירותי רווחה אישיים 'בעין' גם הטבות וגמלאות ממערכת הביטוח הסוציאלי וממערכת הבריאות. במרבית המדינות שבהן נבדקו החוקים ביחס למתן שירותים לאוכלוסיות אלה, נמצא כי ישנם חוקים המדגישים את זכותם של אנשים עם מוגבלויות לשוויון, אי-אפליה ונגישות שווה לשירותים (ינאי ואחרים, 2007).

ה-OECD בסקירה השוואתית שעשה על תלמידים עם מוגבלות, קשיים לימודיים וחסרונות יחסיים (במקור: disadvantages) מציין שישנה שונות במסגרות המשפטיות (חקיקה, תקנות וכדומה) עבור תלמידים עם מוגבלויות וכן ישנה מגמה של שינוי במסגרות המשפטיות עצמן לאור עלייתו של שיח ההכללה מתוך שוויון מלא וזכויות אדם.

מדינות מסוימות כוללות את החקיקה והתקנות לגבי תלמידים אלה כחת פרק בחקיקה על שירותי החינוך הרגיל (צ'כיה, איסלנד) מתוך התפיסה כי תלמידי החינוך המיוחד (כפי שהוגדרו בדוח) יהיו משולבים לחלוטין בחינוך הרגיל; ולעומתן מדינות אחרות יצרו מסגרות חקיקה ענפות אשר מתמקדות בתלמידים עם מוגבלויות (אנגליה לדוגמה).

מאפיין נוסף שנמצא ביחס לשירותים לקשישים ואנשים עם מוגבלויות בחלק מהמדינות הוא איחוד חוקי ומנהלי של שירותים מתחומים שונים, בכלל זה שירותי בריאות ורווחה.

ג. שינויים במיקוד מדיניות המוגבלות

מדיניות מוגבלות יכולה להיות מוכוונת אדם/ילד (Disable child policies) או מוכוונת משפחה (Family Policy). מדיניות מוגבלות מוכוונת משפחה פונה למשפחות בהן ילדים מתחת לגיל 18 או לאלה שילדיהם משולבים במערכת החינוך הרגילה, שלא עזבו את בית ההורים או לא נשואים או במערכת יחסים (רימרמן, 2015). מדיניות זו הוגדרה באופן רחב על ידי החוקרים Khan (1978- i Kamerman) באופן הבא:

“everything that government does to and for the family”. (p.3)

מדיניות מוגבלות מוכוונת משפחה כוללת ארבעה היבטים מרכזיים: (1) הקמת ותכנון המשפחה (2) תמיכה כלכלית (3) טיפול בילדים (4) וגידול ילדים.

בניגוד להגדרה הרחבה, הוצעה גישה פרגמטית יותר על ידי שילה ב. קמרמן (2009), אשר מבחינה בין מדיניות משפחה מפורשת ולבין מדיניות מרומזת. מדיניות ממוקדת משפחה מפורשת רואה במשפחה יחידה אחת שיש להגן, לקדם ולחזק אותה. מדיניות זו עוסקת בהבטחת הכנסה למשפחה, הטבות להורים עובדים, אמצעי מדיניות שונים לגידול ילדים ולבריאותם של ילדים. מצד שני, מדיניות מוכוונת-משפחה מרומזת אינה מכוונת למשפחות אך עשויות להיות לה השלכות חשובות גם על ילדים ועל משפחותיהם. מדיניות כזו יכולה להתייחס למשפחות כקריטריון זכאות להטבה או שירות (רימרמן, 2015).

ישנם מאמצים לא רק להגדיר או לדון במדיניות מוכוונת משפחה על סוגיה אלא גם לספק טיפולוגיות (סיווגים), בעיקר לפי מידת האחריות של המשפחה לתלויים בהם: כמו ילדים וקשישים (רימרמן, 2015).

למרות התפקיד המרכזי של משפחות בחברה שלנו, קובעי מדיניות נוטים לקבל החלטות מוכוונות אדם ולא מוכוונות משפחות וכך גם מתעצבת מדיניות המוגבלות. מרבית אמצעי המדיניות מוכוונים לילדים או מבוגרים עם לקות ספציפית, בעיקר כמענים לצרכים הרפואיים והחברתיים שלהם.

עם זאת, אנו עדים לכך כי אנשים עם מוגבלות פחות ופחות מסתפקים בשירותים סטנדרטיים שהמדינה מספקת להם ועולה מצידם דרישה להתאים עבורם שירותים אישיים כמעין 'חליפה מותאמת אישית' אשר מסוגלת לתמוך בהשתלבותם המיטבית בחברה (Weiss, 2019). דרישה זו מכונה בספרות 'שירות מוכוון אדם' בניגוד ל'שירות מוכוון מערכת'.

“שירות מוכוון אדם” היא גישה שנועדה להיות האמצעי להכללה מיטבית של אנשים עם מוגבלות בקהילה, תוך יישום תפיסת עולם חדשה במתן שירותים לאנשים עם מוגבלות: מתפיסה המבוססת ונגזרת ממוגבלותו של האדם אל מערכת שירותים ומענים המוכוונת לרצונותיו ולצרכיו. העמדתו של האדם במרכז, תוך הצבת רצונו וצרכיו כעוגנים המנחים את סוג השירותים ואופיים, נועדה לאפשר השתלבות מלאה ומותאמת אישית של אנשים עם מוגבלות בכל תחומי החיים: דיוק, תעסוקה, פנאי, השכלה, בריאות, ועוד.

"כשאתה נותן לאדם לבחור סגנון חיים ומה רוצה לעשות עם החיים – אתה לא שם אותו במסגרת מוסדית, גם תחזוקת המבנה יורדת – אתה רואה שאנשים בוחרים דברים אחרים לגמרי. כשאתה מחזק הישענות על סביבה טבעית של אדם, אתה מגיע למצב שיש לאנשים מעגלי תמיכה שכאשר הם מנותקים מהקהילה, לא השתמשות בהם. זה לא להפיל הכל על המשפחות" (אביטל, מסד נכויות, הרצאה מתוך המרכז ללימודי מוגבלות, 21.12.2016).

לעומת 'שירות מוכוון אדם' מתקיימת הגישה 'שירות מוכוון מערכת'. על פי גישה זו תכנון, פרישה והפעלת רצף השירותים מבוצע על פי 'לקות' ו'תפקודים' של אנשים עם מוגבלות אבל גם על פי המשאבים והיכולות של המערכת הציבורית לממן שירותים בפרישה ארצית. על פי גישה זו כאשר אדם עם מוגבלות מאובחן לרוב הוא ישויך לקבוצה ספציפית ויקבל את כל השירותים המיועדים לקבוצה זו ללא התאמה אישית לצרכיו.

ד. רפורמות שילוב בבתי הספר

ההגדרה של תלמידים עם מוגבלויות למעשה רומזת כי אי הצלחה בלמידה של אותם תלמידים קשורה ב'נכות' או ב'לקות' שלהם ובכך מפחיתה מאחריותו של מוסד הלימודים לתהליך למידה אפקטיבי ומטיב; ואילו גישה ההכללה מדגישה כי האחריות לאי הצלחה בלמידה של תלמידים עם מוגבלויות היא על בתי הספר (חלקית לפחות) ואין לתלות את אי הצלחה בלמידה רק ב'לקות'. על פי גישה זו מדינות שונות באירופה (דנמרק, ספרד) נוקטות בשילוב מלא של ילדים עם מוגבלויות בבתי הספר 'רגילים' ומעניקות לכל התלמידים אשר להם מוגבלויות התאמות כדי להגיע להישגים מיטביים, לכן בקבוצה זו

נכללים גם ילדים מחוננים ומצטיינים.

על מנת להתמודד עם רפורמת ההכלה והשילוב, יש מדינות שנקטו גם בשיטה של יתרון לגודל ויצרו מקבצים של בתי ספר רגילים קולטים (cluster schools) אלה בתי ספר אשר צוותיהם קיבלו הדרכה בשיטות הוראה מיוחדות וכלים להתמודדות עם רפורמת ההכלה ולכן הם קלטו יותר תלמידים עם מוגבלויות כשהם מתפקדים בבתי ספר 'רגילים' (לדוגמא- קנדה בפרובינציית New Brunswick).

מגמה רווחת נוספת בתחום החינוך המיוחד היא שמדינות שונות הרחיבו את טווח הגיל של תלמידים עם מוגבלויות ללמידה בבתי הספר לחינוך מיוחד לגיל 21 (ישראל, ניו זילנד).

גישות בהערכת מוגבלות (אבחון/ Diagnosis)

קשה לספק הגדרה קבועה לאוכלוסיית ילדים עם מוגבלות וכן קשה לבצע תהליכי אבחון והערכה לילדים וביתר שאת לילדים עם מוגבלות (Hebber & Spiker, 2016). יחד עם זאת, נערכו סקרים לאומיים שונים בארצות הברית ובבריטניה בכדי לקבוע שכיחות של מצבים כרוניים, ליקויים ומוגבלות בקרב ילדים ונמצאה שכיחות ממוצעת שנעה בין 6.5% ל- 8% של ילדים אנשים עם מוגבלות (עד גיל 18).

עם זאת, שיעורי המוגבלות בילדות הולכים וגדלים כי מוגבלות רגשית, התנהגותית ונירולוגית שכיחים כיום יותר מליקויים גופניים (רימרמן, 2015).

יתרה מכך, עולה מורכבות ביחס לשאלה מי זכאי לקבל שירות מאחר ומוגבלות או עיכוב התפתחותי נמצאים על רצף תפקודי; קרי, מרבית הנקודות על הרצף נחשבות כהתפתחות תקינה גם אם ישנו פער בין הנבדק לבין אוכלוסיית הילדים בני גילו אך מנקודה מסוימת נפער פער משמעותי מבחינה תפקודית אשר יוגדר כעיכוב התפתחותי או כלקות. ההחלטה היכן לשרטט את הקו אשר ממנו מוגדרת זכאות לשירות הוא למעשה החלטת מדיניות אשר יש לה השפעה מכרעת על משאבים שנמצאים במחסור ולא החלטה מדעית תקפה ומהימנה (Hebber & Spiker, 2016).

הבנק העולמי וארגון הבריאות העולמי יצרו הבחנה בין הגישות השונות להערכת מוגבלות (Bickenbach et al., 2015):

המודל הרפואי (Medical Approach): המודל הרפואי מתייחס ל'לקות' (Impairment) ומגדיר את המצב הרפואי במונחים ביולוגיים-אורגניים. מודל זה מתייחס למוגבלות כאל בעיה אינדיבידואלית של האדם. ההערכה על פי מודל זה מתבצעת בהשוואה לנורמה. הליכי הערכה יתבססו על שיפוט של מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי ללקות (זהר ואלמוג, 2019).

המודל התפקודי (Functional Approach): מודל אשר מתמקד בהגבלות התפקודיות של האדם בפעילויות שונות. ההערכה מנתחת את חוסר היכולת או את הקושי לבצע פעילות מסוימת. הליכי הערכה יהיו מבוססים על מבחנים (לדוגמא מבחן ADL או IADL). מבחנים אשר מתמקדים בלקות ובהגבלות הנוצרות בעקבותיה (זהר ואלמוג, 2019).

המודל האינטראקטיבי למוגבלות (Disability Approach): על פי גישה זו מוגבלות אינה רק צבר לקויות והשלכותיהן על תפקוד האדם. שני אנשים יכולים לקבל את אותה אבחנה רפואית אך מצבם יהיה שונה לחלוטין בגלל מבנה אישיות שונה, מצב כלכלי, או תמיכה משפחתית שהם מקבלים. בהתאם לכך, מוגבלות מוגדרת כאינטראקציה של המצב הבריאותי עם מאפייני סביבה, הגוף, האדם והחברה. הליכי הערכה על פי גישה זו יהיו מסווגים על פי הסיווג הבינלאומי של תפקוד, מוגבלות ובריאות (ICF) ומבחנים דומים לו (זהר ואלמוג, 2019). המודל האינטראקטיבי למוגבלות עבר התאמה ויש לו נוסח מתאים לאבחון בקרב ילדים ICF-CY.

תהליך הערכת המוגבלות הינו מורכב במיוחד לאור העובדה שהוא הקובע את כל מסגרת ההקצבות וההטבות של הילד ומשפחתו. בשנים האחרונות התחזקה גישת המוגבלות המדגישה מספר מדדים בתהליך הערכה:

א. תהליך רב ממדי- הערכה אשר נשענת על הערכה עצמית, תיעוד רפואי, הערכה תפקודית, מפגש בין מספר אנשי מקצוע ועוד.

ב. תהליך רב תחומי- שילוב של אנשי מקצוע שונים בהערכה: עובדים סוציאליים, רופאים, מרפאים בעיסוק, מומחים בטכנולוגיה מסייעת ועוד.

ג. תהליך דינאמי- עבודה מתמדת על המודלים והתאמתם לאורך זמן עבור האדם עם המוגבלות (לדוגמא בבריטניה ובטאיוואן).

לאור השינוי התפיסתי של מוגבלות גם תהליכי הערכה הופכים רחבים יותר ונשענים על מספר אנשי מקצוע בהקשרים אישיים וסביבתיים. תהליכי הערכה לרוב נשענים על מודל ICF של ארגון הבריאות העולמי או על מבחן מקוצר שלו ה-WHODAS. יחד עם זאת, כבר עם פרסום המודל בשנת 2011 היה ברור לחוקרים ולאנשי מקצוע רבים שהמודל אינו מתאים להערכה הנעשית

במערכות החינוך. לצורך גיבוש הכללים האתיים, שיטות מחקר והיישום של מודל ICF (למרות הביקורות על מודל זה), הוקמו שני צוותי מחקר באירופה:

MHADIE (measuring Health and Disability in Europe) מדידת מוגבלות ובריאות באירופה

MURINET (Multidisciplinary Network on Health and Disability in Europe) הרשת הרב תחומית למחקר מוגבלות ובריאות באירופה.

ניתן להעמיק במטרות הקבוצות השונות בלינק הבא: <https://cordis.europa.eu/project/id/35794/reporting>

קביעת הזכאות (Eligibility)

גופים ציבוריים ופרטיים יוצרים קריטריונים אשר קובעים זכאות לשירות כדי לספק נגישות למשאבים אשר אינם נדרשים על ידי האוכלוסייה כולה. אדם אשר דורש או טוען לשירות למעשה מזוהה כשייך לקבוצת 'הזכאים'. משאבים מסוימים או תוכניות מסוימות נחשבים כחיוניים לשיפור מצבם הבריאותי או להגברת השתתפותם של אנשים עם מוגבלות בתחומי חיים שונים. בהיבט הבריאותי, אנשים עם מוגבלות הסובלים מבעיה בריאותית ועונים לקריטריונים, נמצאים זכאים לטיפול רפואי ותרופות, זכאים לביטוח רפואי, זכאים לטכנולוגיות מסייעות, זכאים להשתתף בתוכניות או להיכלל בהתערבויות מיוחדות במערכת החינוך.

קריטריונים לקביעת זכאות משמשים גם כשומרי-סף על ידי הבטחת השתתפותם של אחדים ומניעת השתתפותם של אחרים. ישנם מקרים בהם שירות או טיפול יוכלו לסייע ולהיטיב את מצבם של ילדים מסוימים אבל נזקקותם לא תהיה מספקת כדי להיחשב זכאים לטיפול או לשירות. בנוסף לכך, ישנם שירותים אשר ניתנים גם על בסיס קריטריונים כלכליים (מצב סוציאקונומי של משפחה) ולא תתאפשר זכאות והשתתפות חינוך לילד ממשפחה בעלת אמצעים. במקרים אלה תידרש המשפחה להשתתפות במימון השירות.

קריטריונים לקביעת זכאות לשירותים הם דבר מורכב אשר מושפע ממחסור קבוע במשאבים ומהבניות חברתיות ולכן מדיניות מוגבלות משקפת תהליכי קבלת החלטות מהשדה ה'פוליטי' ולא רק מהשדה ה'מקצועי' (Hollenweger, 2011). קביעת הזכאות צריכה להתמודד עם שתי סוגיות נפרדות: (1) לבסס מי עונה להגדרה של אנשים עם 'מוגבלות', (2) לבסס מהם הצרכים להם נזקקים אותם פרטים עם מוגבלות כדי להגיע לשילוב מלא בחברה. תהליכי הזכאות תמיד יהיו על רצף רעיוני שבין זיהוי להתערבות.

ועידת האו"ם בנושא זכויות ילדים (DRPD) מגדירה אנשים עם מוגבלות באופן הבא:

"persons with disabilities include those who have long term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full effective participation in society on an equal basis with others" (CARP, Article 1).

כלי האבחון ICF נקבע על ידי ועידת האו"ם כמסגרת עבודה וכסיווג הנכון לאיסוף המידע הנדרש על מנת להשתמש בהגדרה מעלה.

אספקת שירותים לאנשים עם מוגבלות

א. שירותי מידע ושירותי התערבות

האיחוד האירופי (ה-EU) רואה בהעצמת הלקוח נושא מרכזי שמיושם בדרך של הפרדה בין שירותי מידע לבין שירותי התערבות. שירות מידע הוא שירות קטן המעסיק עובדי מיון ו/או אינטייק. עובד המידע מסכם את תהליך ההערכה שעבר עם הפונה ומציג בפניו את שירותי ההתערבות הקיימים והמתאימים למצבו. שירותי התערבות מתייחסים לצרכיו הייחודיים של האדם ויכולים לכלול שירותים פסיכו-סוציאליים כגון טיפול, סידורים, תמיכה נפשית וכו'. שירותים פסיכו-סוציאליים אינם כוללים שירותי תמיכה כספיים נמשכים (הבטחת הכנסה, גמלאות ביטוח לאומי וכו').

ההפרדה נשענת גם על עקרון התחרות ומתוך הנחה שיש להתייחס אל הפונה כאל צרכן האחראי לגורלו ואל המשאבים האישיים הנחוצים לו כדי להתנהג כצרכן נבון בסביבה תחרותית. שירותי מידע אמורים להציג בפני הצרכן את מגוון השירותים העומדים לבחירתו בשוק הרווחה-הכלכלי, ללא הבעת דיעה או עדיפות מצד עובד המידע. מבחינת מערכת השירותים הציפיה היא שבחירה חופשית של הצרכן המועצם מגבירה את התחרות בין שירותי הרווחה, מורידה עלויות ומעלה את המוטיבציה של הספקים לתת שירות ברמת איכות גבוהה (מוניקדם, 2012)

החלוקה וההפרדה בין שירותי מידע לשירותי התערבות נובעת גם מהאפיון של יתרון לגודל (economy of scale). קל יחסית למקם שירותי מידע קרוב לאוכלוסייה כי עובדים אלה (מתחום המידע) לא נדרשים למומחיות ברמה גבוהה או להכרה לעומק של נושאים ייחודיים (אין הכוונה לשירותי מידע שכוללים אבחון רפואי למשל). לעומת זאת, שירותי התערבות דורשים מומחיות רבה ולכן מעסיקים מומחים ולכן יש יתרון לרכז אותם ולהוזיל בעלויות הפעלת השירות.

ב. עקרון הביזור באספקת שירותים: יתרון לגודל לעומת קרבה למטופל

ביזור שירותי הרווחה האישיים הוא עקרון שנמצא בכל אחת מהמדינות שנסקרו, ברובן מערכת שירותי הרווחה האישיים היא מערכת מקומית, וברובן האחריות לאספקת השירותים מוטלת על הרשויות המקומיות, ואילו משימת התיאום, עיצוב המדיניות והמימון מוטלת על השלטון המרכזי. בחלק מהמדינות בהן ישנו מבנה שלטוני פדראלי הוקמו מנגנונים אזוריים אשר מעניקים שירותי רווחה אישיים.

ראשית, מהתוכניות השונות עולה כי המדינות מודעות לאי אחידות בהגשת השירותים הנגזרת ממגמת הביזור, ועל כן הן פועלות במטרה להביא ליתר אחידות. כך למשל, בבריטניה הונהגה רפורמה של תשתית שירותי הרווחה המקומיים והוקמה מערכת בקרה ופיקוח מרכזית כדי להשיג את היעדים המוצגים במסמך הכוונות של הממשלה. מסמך זה קורא לרשויות המקומיות לצמצם את הפער ואת אי שוויון הקיים בין המחוזות השונים באספקת שירותי הרווחה.

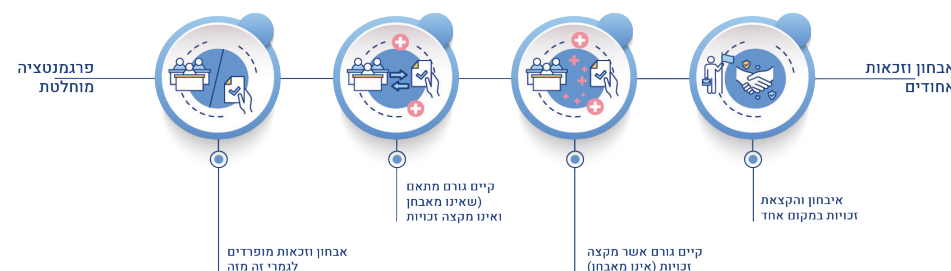
שנית, בחלק מהמדינות קיים מתאם בין משרדי שתפקידו לתאם בין הרשויות המקומיות, בין ספקי השירותים ובין הפונים ועל ידי כך להגדיל את האחידות באספקת השירותים ברחבי המדינה.

שלישית, ניכר כי אחת הדרכים להתמודד עם פערים אזוריים, היא באמצעות איחודים בינתחומיים ובין-ארגוניים של שירותי הרווחה עם מערכות שירות נוספות, דוגמת האיחוד בין שירותי בריאות לשירותי רווחה. (ינאי ואחרים, 2007).

מודלים אפשריים למיצוי זכויות ושירותים

- פרגמנטציה מוחלטת: לכל משרד ממשלתי תהליכי הערכה וזכאות שונים לקבלת שירותים.
- לכל משרד ממשלתי תהליכי הערכה וזכאות שונים לקבלת שירותים אבל ישנו מרכז תיאום אשר מלווה את הילד ומשפחתו במיצוי הזכאות (לאור הערכות שבוצעות על ידי גורמים אחרים) יישובי או אזורי.
- ג. ONE STOP SHOP מרכז שירות יישובי או אזורי אשר רק מקצה זכאות (לאור הערכה שבוצעה על ידי גורם אחר).
- ד. ONE STOP SHOP מרכז שירות יישובי או אזורי אשר מעריך וגם מקצה זכאות.

איור 1: מודלים שונים של מיצוי זכויות



הקדמה לחקרי מקרה

ראשית, יסקרו מדינות אשר המבנה השלטוני שלהן פדראלי: שווייץ, גרמניה, אוסטרליה.

לאחר מכן יסקרו מדינות בעלות מבנה שלטוני אוניטרי: דנמרק ואנגליה.

דנמרק משמשת דוגמא למדינה אוניטרית בעלת מבנה משילותי דו-רובדי מובהק (Multi-level Governance) ואילו אנגליה בעלת מבנה משילותי חד רובדי (למרות שיש באנגליה מספר אזורים אוטונומיים אך לא ניגע בנושא זה).

חקר מקרה 1: שוויץ

א. רקע לרפורמה

עד לשנת 2008 החינוך המיוחד בשוויץ מומן באופן משותף על ידי הממשל הפדרלי, הקנטונים והרשויות המקומיות והזכאות נקבעה על בסיס רשימה של תבחינים וליקויים (impairments) אשר נקבעו על ידי הרשות הפדראלית לביטוח מוגבלות (Federal Disability Insurance). בפועל נוצרה שונות גבוהה במספר הזכאים בקנטונים וברשויות המקומיות למרות שסטטיסטית לא היתה לכך הצדקה. מצב זה עורר שאלה לגבי שוויוניות בחלוקת התקציב בין הקנטונים.

הבעיה הקשה ביותר נוצרה בשל החמרת תנאי הסף לפתיחת בתי ספר של החינוך המיוחד (מסגרות חינוך מיוחד). החמרת תנאי הסף גרמה לרשויות המקומיות לשלב יותר ילדים בחינוך המיוחד לעומת החינוך הרגיל ובדרך זו להגיע לתנאי הסף המינימאליים לקבלת סמל מסגרת וכך יצרה המערכת סגרציה חזקה של ילדי החינוך המיוחד.

ב. הגופים המרכזיים האחראים לטיפול בילדים ונוער עם מוגבלויות

האפשרות לשנות מצב זה נוצרה כאשר החל תהליך ביזור מחדש של סמכויות ומשאבים בין הממשל הפדראלי לבין 26 הקנטונים בשוויץ בתחום של שירותים לילדים עם מוגבלויות. **האחריות, הסמכות והמשאבים בתחום זה נמסרו לקנטונים** בדומה לאחריות, הסמכות והמשאבים בתחום חינוך החובה. רפורמה זו אפשרה לקנטונים לפתח גישה אינטגרטיבית ועקבית יותר לקביעת זכאות. הקנטונים מינו את ועד השרים לחינוך של הקנטונים (גוף מתאם שקיים בשוויץ לנושא חינוך) לייצר הסכם משותף בתחום החינוך המיוחד, לפתח סטנדרטים וכלים להבטחת אחידות בכל 26 הקנטונים. החל משנת 2011 כל הקנטונים מיישמים את ההסכם.

ג. שיטות האבחון והערכה

שיטת הערכה מורכבת משני חלקים:

- הערכת המוגבלות/התפקוד- איסוף מידע המתאר את המוגבלות ואת רמת התפקוד של הילד על פי הכלי ICF-CY (הערכה בסיסית). הערכת המוגבלות נעשית על ידי אנשי מקצוע בקליניקות רפואיות, לדוגמא אבחון מחלות או קביעת נכות (ICD-10, תפקוד גופני). איסוף מידע על יכולות הלמידה של הילד לדוגמא יכולות שיש להן קונטקסט סביבתי יאספו בתוך סביבת הלמידה על ידי מספר אנשי מקצוע במספר מצבים, יעובדו ותתבצע הערכה משותפת.
- הערכת הצרכים- איסוף מידע המתייחס לצרכים של הילד כפי שהוגדרו ותוארו במודל המורחב של ICF-CY. הערכת הצרכים תלויה לא רק בסביבת הלימוד אלא גם בסביבת החיים הרחבה של הילד והיא כוללת נגישות למשאבים (מצב סוציאקונומי של המשפחה), ערכים תרבותיים, סדרי עדיפויות ביחס לשילוב של הילד ועוד.

מורים והורים לוקחים חלק פעיל בתהליך ההערכה על מנת לייצר תמונה מורכבת על מצב הילד. לאחר מכן, הילד ומשפחתו לוקחים חלק פעיל בתהליך קביעת המטרות החינוכיות וסוגי ההתערבויות שינתנו לילד.

ד. שיטת הזכאות

לכל ילד מותאמים שירותים באופן אישי בתוכנית התערבות ספציפית.

“Children with disabilities are not a pre-defined special group with pre-defined special needs. Considering overall human functioning, there is more ‘sameness’ of functioning with all children than ‘difference’. Education systems that respect the idea of continuum of functioning should also offer a continuum of services based on the idea of personalizing education”. (Hollenweger, 2011)

ה. הטבות נוספות

הטבות מס

קצבת נכות

הטבות משתנות בהתאם לקנטונים

חקר מקרה 2: גרמניה

א. הגופים המרכזיים האחראים לטיפול בילדים ונוער עם מוגבלויות

גרמניה היא מדינה פדראלית שמורכבת מ-16 מדינות שונות ולכן בדומה לתחום החינוך גם תחום ילדים עם מוגבלות ומשפחותיהם מטופל במסגרת המדינתית. יחד עם זאת, נושאים הקשורים בילדים עם מוגבלות ומשפחותיהם נמצאים תחת אחריותם וסמכותם של הרשויות המקומיות ו/או המחוזות בתוך המדינות הפדראליות ויש לפנות אליהן כדי לממש את ההטבות והזכויות של המשפחה. משמעות הדבר שכל אחת מהמדינות התקינה תקנות שונות לאבחון והשמה של ילדים עם מוגבלות.

ב. שיטות האבחון והערכה

שיטת הערכה מורכבת משני חלקים:

הערכת המוגבלות¹/ התפקוד של הילד - רופא הילדים מפנה את המשפחה למרכז התפתחות הילד במקרים בהם ישנו עיכוב שפתי או התפתחותי אחר ובמרכז מתבצע תהליך אבחון והערכה מדויק של מצב הילד וכן ניתן טיפול וייעוץ לגבי אפשרויות מימון לטיפולים. אם היתה הפנייה מרופא ילדים למרכז אבחון וטיפול הרי שביטוח הבריאות הממלכתי (המקבילה לקופת החולים) יכסה את עלות הטיפולים. במרכזים אלה ישנם שירותי קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטים וכן הלאה². במקרה של מחלות קשות יותר או ממושכות יותר, הילד יופנה למרכז רפואי ייעודי לילדים עם מוגבלות (Social pediatric centers- SPZ)³. במרכזים אלו ישנם רופאים, נוירולוגים, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק וכיו"ב. ההפניה הרפואית היא תנאי מוקדם לטיפול במרכז.

הערכת צרכי למידה- מורה בבית ספר לצרכים מיוחדים ייתן חוות דעת מומחה על סוג הנכות ורמת הלמידה הנוכחית של הילד ע"י התבוננות בביצועיו של הילד ותוך התחשבות בתעודות הרפואיות שניתנו לו (על ההורים להגיש את כל הדוחות הרפואיים). לבסוף יוצא דו"ח הממליץ אם הילד ימשיך בבית ספר רגיל או מיוחד, זאת תוך התייעצות עם ההורים. ההמלצה אינה מחייבת- ההורה יכול להתנגד להמלצה⁴.

ג. שיטת הזכאות

שירותי חינוך – נקבעים ברמת המדינות הפדרליות

באופן כללי מעודדים בגרמניה שילוב של תלמידים עם מוגבלות עם תלמידים ללא מוגבלות, אך במקרה של מוגבלות חמורה יותר, לכל מדינה פדרלית יש מגוון של בתי ספר לחינוך מיוחד. מידע אודות מוסדות אלו ההורים יכולים לקבל מהרשות המקומית. בקשות לשילוב בבתי ספר רגילים מגישים ההורים למחלקת הרווחה במחוז בליווי מסמכים רפואיים והצהרה של בית הספר. במקרים של ילדים עם מוגבלות נפשית או אוטיזם מגישים את הבקשות למחלקת הרווחה המחוזית לנוער. בהתאם לסוג הנכות, העלויות ממומנות ע"י מחלקת הרווחה המקומית או ע"י משרד הרווחה לנוער. במקרים בהם הוצאות הטיפול בילד גבוהות מאד

1 מוגבלות מוגדרת כמגבלה פיסית, פסיכולוגית או מנטאלית אשר נמשכת יותר משישה חודשים ומונעת מהאדם לחיות בדומה לבני גילו. מוגבלות כוללת גם מחלות כרוניות ומחלות נפש. ישנן מספר דרגות חומרה למוגבלות בגרמניה ("Grade von Behinderung" or "GdB") אשר נעות בתיקוד בין 20 ל- 100 -ככל שהתיקוד גבוה יותר כך המוגבלות קשה יותר ובהתאם לכך ניתן לקבל תמיכה רבה יותר מהמדינה.
2 <https://www.familienratgeber.de/lebensphasen/geburt-fruehfoerderung/fruehfoerderung.php>
3 <https://www.familienratgeber.de/lebensphasen/geburt-fruehfoerderung/sozialpaedriatische-zentren.php>
4 <https://www.angloinfo.com/how-to/germany/family/schooling-education/special-needs-education>

יתכן שחברת ביטוח הבריאות או הסיעוד תשלם עבור הוצאות הטיפול.

שירותים מעבר לשעות בית הספר- ניתן לרשום ילד עם מוגבלות למעון יום, המהווה מרכז טיפולי נוסף לילד מחוץ לשעות הלימודים דרך המחלקת הרווחה ברשות המקומית.. אלו מתמקדים בהתפתחות גופנית ומוטורית או נפשית ומקושרים לבית הספר. המימון לכך הוא או דרך הביטוח הסיעודי או אם אין זכאות לכך, דרך משרד הרווחה.

ד. הטבות נוספות

קצבת ילדים וקצבת ילדים מורחבת - בגרמניה קיימת קצבת ילדים עבור כלל הילדים עד גיל 18, כאשר לא משנה אם הם ילדים עם מוגבלות או לא (הגמלה בסביבות 200 יורו לכל ילד). אם הילד (עם מוגבלות או לא) מתחיל ללמוד תואר ראשון, ניתן להאריך את גמלת הילד עד גיל 25. הורים לילדים עם מוגבלות יכולים אף לתבוע המשך קבלת קצבת ילדים מעבר לגיל 25 אם הם לא מסוגלים לטפל בעצמם. האחראי על כך הוא משרד המשפחה של סוכנות התעסוקה במחוז⁵.

תמיכה כלכלית נוספת-המדינה מציעה לילדים עם מוגבלות⁶ ומשפחותיהם מספר קצבאות אשר נדרש עבורן תעודת נכה והכרה מהביטוח הסיעודי.

ה. הממשק בין המערכות

מכיוון שלא תמיד ברור למגישי הבקשה איזה מוסד אחראי לאיזה שירות, הספקים מחויבים לשתף פעולה. המשמעות היא שעל כל מוסד שיקומי לקבל את כל הבקשות לשירותים, גם אם מוסד שיקומי אחר אחראי על מתן השירותים. לאחר מכן, היישום יועבר לספק השירות הנכון. אם יש צורך בשני מוסדות ויותר, על מוסדות השיקום לתאם ביניהם את השירותים. השירותים מתואמים ביניהם מאז 2018 במסגרת נוהל תכנית השתתפות. עיקרון זה אמור לסייע ולהקל על הפונה ולאפשר קבלת שירותים שונים כאילו הגיעו ממקור יחיד. על ספק השיקום המבצע האחריות לוודא שהוא וספקי השיקום האחרים מתואמים ביניהם וליידע אותם על הצורך בהזמנת מומחים מתאימים לעניין. על ספקי השיקום ועמיתיהם להקים קבוצות עבודה אזוריות לצורך ביצוע משותף של משימות. אחת לשנתיים מתכנסים ספקי השיקום של קבוצת העבודה הפדרלית לשיקום, ספקי הביטוח הפנסיוני, הבריאות והתאונות באמצעות ארגוני הגג שלהם ולספק למשרד העבודה והרווחה הפדרלי ולמדינות הפדרליות דוח מסכם⁷.

חקר מקרה 3: אוסטרליה

א. הגופים המרכזיים האחראים לטיפול בילדים ונוער עם מוגבלויות

באוסטרליה כ- 4 מיליון אנשים עם מוגבלויות אשר מהווים 18% מאוכלוסיית אוסטרליה. 86% מהילדים (גילאי 5-18) לומדים בחינוך הרגיל ו-14% בחינוך המיוחד. הקבוצה הגדולה שמשולבת בחינוך המיוחד היא ילדים עם מוגבלות קשה מאוד (AIWH, 2019).

בשנת 2013 החלה רפורמה בשירותים החברתיים של אוסטרליה ונפרשו שירותי רווחה באמצעות הביטוח הלאומי האוסטרלי- NDIS (National Disability Insurance Scheme). ארגון ה- NDIS שינה את שיטת הזכאות לשירותים והחיל שיטת הערכה משותפת. כל משתתף מקבל תוכנית תמיכה פרטנית וחבילת מימון לתמיכה זו (סל אישי גמיש) אולם, במסגרת ה- NDA, הקריטריונים לקבלת זכאות משתנים בין מדינות וטריטוריות שונות באוסטרליה (אוסטרליה היא מדינה פדרלית).

באוסטרליה קיימת סוכנות ממשלתית רב-תכליתית לאספקת שירותים חברתיים אחודים המכונה: Centrelink. סוכנות זו פועלת ברמה האזורית וכל אחד מסניפיה מנוהל בגישת one-shop-stop. סוכנות זו אחראית על 15 שירותים בהם תחומי רווחה, בריאות, תעסוקה וכן על כל תחום המוגבלות באוסטרליה הסוכנות מספקת שירותי אבחון ואספקת שירותים.

⁵ <https://www.angloinfo.com/how-to/germany/healthcare/people-with-disabilities/children-with-disabilities>

⁶ רמת הטיפול אצל ילדים נקבעת ע"י השוואה בין היכולות שלהם ליכולות של ילדים בני גילם שהתפתחו באופן רגיל. לילדים מתחת לגיל 18 חודשים יש טבלה נוספת מכיוון שהם בין כה וכה נסמכים על טיפול של מבוגרים בכל התחומים. הסקאלה המתקבלת בסוף הדוח היא של פגיעה משמעותית בעצמאות או במיומנויות (דרגת טיפול 2), פגיעה קשה (דרגת טיפול 3), ליקויים חמורים בעצמאות או במיומנויות (דרגת טיפול 4) וליקויים חמורים עם דרישות מיוחדות לטיפול סיעודי (דרגת טיפול 5).

⁷ https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/BJNR323410016.html#BJNR323410016JNG000500000

ב. שיטת האבחון והערכה

רופא המשפחה, מומחה או רופא יועץ יכולים להפנות ילד עם מוגבלות⁸ למאבחן מורשה לאבחון, הערכה וקביעת תוכנית טיפולית. תהליך אבחון והערכה מבוצע באמצעות כלי הערכה MBS על ידי רופא מומחה או על ידי רופא כללי אם הילד מתחת לגיל 13.

רופא מומחה או רופא משפחה יכול לשלוח לעד ארבעה אבחונים אצל פסיכולוגים, קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק, אודיולוגים, אופטומטריסטים, אורטופיסטים או פיזיותרפיסטים כדי לסייע למטפל המפנה באבחון או כדי לתרום לתכנית הטיפול של הילד (לילד מתחת לגיל 13) ולשלוח לעד 20 טיפולים (מאנשי מקצוע שונים) כחלק מתוכנית הטיפול.

Centrelink הוא הסוכנות האחראית לביצוע האבחונים (דרך קבלני משנה) להפניית האוכלוסייה לספקי השירות אך מתוקף תפקידה היא גם האחראית לפיקוח על ההחלטות לגבי מתן הקצבאות ומתן מענקי ההשמה לספקי השירות עבור כל אדם עם מוגבלות שהושם (זהר, 2013).

ג. שיטה וקביעת הזכאות

הזכאות מתקבלת על ידי משרד הבריאות.

ד. הטבות נוספות

הוקם באוסטרליה שירות חדש, **שירות התמיכה המשולב**⁹ למטפלים עיקריים (Carer) אשר מעניק מגוון שירותים מותאמים עבור מטפלים עיקריים במשפחות עם מוגבלויות. השירותים החדשים נועדו לשפר את רווחתם של המשפחות ולהגדיל את יכולתם להשתתף חברתית וכלכלית. השירות מסופק באמצעות רשת של ספקים אזוריים אשר מסייעים למטפלים העיקריים לגשת למגוון שירותים מקומיים כמו שירות הערכת צרכים, תמיכה כלכלית ממוקדת, מידע וייעוץ, ייעוץ טלפוני ומותאם אישית, תמיכה ואימון עמיתים, וכן תמיכה בעת משבר.

קצבאות: קצבת נכות, קצבת ילד נכה, קצבת ניידות

שרותי תמיכה עשויים לכלול¹⁰: • טכנולוגיה מסייעת (למשל כסאות גלגלים, מכשירי שמיעה וזיהוי קולי, תוכנת מחשב) | ניהול תיק | שירותי התערבות לגיל הרך | פיתוח כישורי חיים | אירוח מותאם לאנשים עם מוגבלות | תמיכה לחיים בקהילה (כגון טיפול אישי וסיוע ביתי) | תמיכה בהשתתפות בפעילויות הקהילה | נופשונים.

⁸ מוגבלות מוגדרת כ- מונח כוללני לליקויים, מגבלות בפעילות ובהשתתפות; כל אלה יכולים להיות באינטראקציה עם מצבו הבריאותי של האדם, עם גורמים סביבתיים ו / או אישיים. ישנן דרגות שונות של מוגבלות - מלהיות ללא ליקוי או מגבלה לאובדן תפקוד מוחלט כתוצאה מהפרעות גנטיות, מחלות, תאונות, הזדקנות או שילוב של גורמים אלה (AIHW,2019). שירותי תמיכה לאנשים עם מוגבלות בניידות ממומנים בדרך כלל על ידי הביטוח הלאומי (NDIS) או במסגרת הסכם לאומי לאנשים עם מוגבלויות (NDA).

⁹ infrastructure.gov.au/departments/statements/2018_2019/ministerial-statement/social-services.aspx

¹⁰ שירותי תמיכה לאנשים אנשים עם מוגבלות בניידות מיועדים בעיקר לאנשים מתחת לגיל 65, אך תמיכה זמינה גם לבני 65 ומעלה, בתנאי שהם עומדים בתבחיני הזכאות.

חקר מקרה 4: דנמרק

רקע

משרד השירותים החברתיים (הרווחה) ומשרד הפנים הם משרד מאוחד בדנמרק אשר מכונה: משרד הפנים והשירותים החברתיים (Ministry of social affairs and the interior). משרד הפנים והשירותים החברתיים הוא בעל הסמכות בתחום השירותים החברתיים וכן בתחום הפעלת המנגנון המנהלי של השלטון: שלטון אזורי ומקומי (Ministry of social affairs and the interior). משרד זה אחראי גם על מדיניות המוגבלות בדנמרק.

עם זאת, ישנם משרדי ממשלה נוספים בדנמרק אשר שותפים בפיתוח מדיניות מוגבלות ביניהם משרד החינוך אשר אחראי לפיתוח מדיניות הקשורה בסיוע המיוחד בבתי הספר ובמערכת ההשכלה הגבוהה לילדים, נוער וצעירים עם מוגבלות; משרד העבודה אשר מפתח מדיניות לשילוב אנשים עם מוגבלות בתעסוקה וכו'.

מכח חוק השירותים החברתיים וההרחבות לחוק זה, אנשים עם מוגבלות פיסית או נפשית קשה וממושכת זכאים לשירותים אשר יסייעו להם להתמודד עם צרכיהם המיוחדים במטרה לשפר את תפקודם ולהביאם למימוש הפוטנציאל ההתפתחותי שלהם. בנוסף לכך, פועל חוק הבריאות אשר קובע לאילו שירותי בריאות זכאים אנשים עם מוגבלות (הרחבה בהמשך).

יחד עם זאת, בתהליך תכנון ואספקת השירותים לפרט ולמשפחתו לרשויות המקומיות יש תפקיד מרכזי וקריטי בתכלול, תכנון, תאום ואספקת השירותים. כפי שצוין, חלוקת הסמכויות בין השלטון המרכזי, האזורי והמקומי נעשית מכח חוק השירותים החברתיים (והרחבות של החוק) וחוק הבריאות (ראה מקורות).

דנמרק מחולקת לחמישה אזורים ו- 98 רשויות מקומיות. העיריות והאזורים משתפים פעולה בנושא החינוך המיוחד תחת הסכמי מסגרת שנתיים. באופן כללי, העיריות אחראיות על בתי הספר היסודיים והחינוך המיוחד והאזורים על בתי ספר תיכוניים ושירותי הבריאות. המנגנון המאחד ביניהם הוא ארגון ייעוץ בשם VISO (הארגון הלאומי לייעוץ, ידע ומומחים) המעניק ייעוץ בנושא השירותים החברתיים והחינוך המיוחד. מטרת הארגון היא לפתח ידע ולספק ייעוץ לאזרחים, לרשויות מקומיות ולמוסדות כדי להבטיח הנגשה מלאה של כל המידע בנושא החינוך המיוחד¹¹.

א. הגופים המרכזיים האחראים לטיפול בילדים ונוער עם מוגבלויות

שלטון מרכזי: משרד הרווחה והפנים

1. שר הרווחה והפנים יקבע כללים מפורטים בנוגע לשיתוף הפעולה עם ההורים, למעורבות הילד או הצעיר, להערכת צרכיו של הילד או הצעיר וייצר נהלים כיצד יש לנהל את תיק המשפחה והילד בלשכה העירונית.
2. שר הרווחה והפנים יקבע כללים מפורטים בנושא תכנית הייעוץ המשפחתי.
3. שר הרווחה ושר האוצר יקבעו בצו מנהלי כללים לחישוב ההנחות והקצאות האישיות (מכונה גם 'הועדות') עבור מגורים במעונות היום המיוחדים.
4. **שר הרווחה והפנים** יקבע כללים מפורטים בנושא תמיכה מיוחדת בבית, לרבות כללים לגבי שיטות לתיעוד, אישור טיפולים בתיים, מעורבות של טיפולים מקצועיים **מתחום הבריאות**, פיקוח על הטיפולים, סיוע בכיסוי הרווחים האבודים של ההורים, שימוש בעזרים טיפוליים **הקשורים לבריאות** וכלי הכשרה, קורסים, עזרים וכדומה, כולל מסגרת למימון תמיכה זו.
5. שר הרווחה ושר האוצר יקבעו בצו כללים לחישוב מענקים וקצבאות בגין שהות במועדונים המיוחדים.
6. שר הרווחה והפנים רשאי לקבוע בצו כללים מפורטים לגבי מימון הוצאות והקריטריונים לזכאות במימון הוצאות המשפחה.
7. שר הרווחה והפנים קובעים כללים מפורטים לחישוב והסדרת קצבה בשל אובדן הכנסות למטפלים העיקריים בילד עם המוגבלות אשר איבדו מהכנסתם לפי סעיף קטן 13(1), לרבות חישוב ותשלום לתכנית פנסיה ותחת כללי הפנסיה המשלימה בשוק העבודה.

שלטון מקומי: הרשות המקומית (סה"כ 98 רשויות בדנמרק)

1. הרשות המקומית אחראית לפיתוח מדיניות מוגבלות כוללת בדגש על הכללה של אנשים עם מוגבלות מצד אחד ומתן מענים ממוקדים מצד שני.
2. תוכניות הטיפול והסיוע נערכות בשיתוף הורים.

11 <https://translate.google.com/translate?hl=iw&sl=da&u=https://socialstyrelsen.dk/viso&prev=search>

3. תיאום כל המענים עבור המשפחה: ממענים של מיסוד ועד מענים בבית ובקהילה.
4. תכנון תחזית לצריכת השירותים (כמה מקומות צריך ובאילו סוגים של מסגרות) - מסגרות יום ומסגרות אחר הצהריים.
5. הרשות המקומית מכסה את ההוצאות הנוספות הנחוצות לטיפול ביתי בילדים מתחת לגיל 18 עם ליקוי גופני או נפשי משמעותי ומתמשך (כולל מחלות ממושכות).
6. הרשות המקומית מעניקה סיוע/קצבה בכיסוי אובדן הכנסות לפי סעיפים 42 ו- 43 להורים התומכים בילד או צעיר מתחת לגיל 18 עם ליקוי נפשי או גופני משמעותי ומתמשך.
7. הרשות המקומית צריכה לוודא שילדים, מתבגרים והורים מקבלים ייעוץ חינוכי.
8. הרשות קובעת תכנית ייעוץ משפחתית מיוחדת למשפחות. יש להציע את ההדרכה תוך שלושה חודשים לאחר הפניה של המשפחה לבדיקת זכאות.

שלטון אזורי: אזורים (סה"כ 5 אזורים בדנמרק)

***פעולות האזורים נעשות בשיתוף פעולה הדוק עם הרשויות המקומיות.

1. באחריות המועצה האזורית להקים מועדונים מיוחדים לילדים וצעירים עם מוגבלות פיזית או נפשית משמעותית וממושכת.
2. באחריות המועצה האזורית להקים מוסדות מגורים לילדים ולצעירים אנשים עם מוגבלות, וסוגים שונים של מוסדות פסיכיאטריים (ממוסדות פתוחים ועד סגורים) – הערת הכותבת: אני מניחה שזה בדומה לסוגים שונים של פנימיות אשפוזיות ופוסט אשפוזיות.
3. אחת לשנתיים, מועצות העיריות והמועצה האזורית יתקשרו בהסכם מסגרת לפיתוח מקצועי, ניהול ותיאום של השירותים העירוניים והאזוריים בהתאם לחוק זה.

איור 2: חלוקת אחריות וסמכויות בין רבדי המערכת השלטונית

שלטון מקומי: רשויות (98)	שלטון אזורי (5)	שלטון מרכזי: משרד הפנים והשירותים החברתיים
		
1. אחריות כוללת ברמת הפרט ומשפחתו 2. בניית תוכנית כוללת לילד ולמשפחתו 3. תיאום ומימון כל הזכויות למען הילד ומשפחתו 4. תכנון ופיתוח המענים הנדרשים יחד עם השלטון האזורי 5. כיסוי הוצאות לטיפול בילד 6. קבצאות ומענקים למטפלים עיקריים בשל אובדן הכנסות	1. בינוי מוסדות 2. בינוי מרכזי יום	1. אחריות כוללת 2. חקיקה ורגולציה 3. קביעת ההנחות, הקצבאות, המענקים והסיוע 4. חישוב הזכאויות 5. תאום מדיניות מול משרדי ממשלה אחרים

ב. שיטות אבחון והערכה

הרשות המקומית מבצעת אבחון הכולל את כל ההיבטים של חיי הילד ומשפחתו, כמו התפתחות הילד, היחסים במשפחה, ההתנהגות בבית הספר וכן את המשאבים של המשפחה. ישנן תהליכי אבחון והערכה שונים וקריטריונים שונים לזכאות עבור סיוע כלכלי וקצבאות, תבחינים שונים (רפואיים ותפקודיים) לשילוב בחינוך וכך הלאה.

אבחון והערכה לקבלת שירותי חינוך מתבצעת בתהליך בן שלושה שלבים:

1. ההורים יכולים לפנות לשירות הייעוץ החינוכי פסיכולוגי (PPR- pedagogic-psychological counselling) ברשות המקומית שלהם. לחילופין, מורה מבית הספר או המנהל יכול לפנות גם הוא, פקיד שירות הבריאות העירוני או הילד עצמו.
2. הערכה חינוכית-פסיכולוגית ע"י יחידת ה- PPR של העירייה. מטרת ההערכה לשפוך אור על הפוטנציאל והכישורים האקדמיים, האישיים והחברתיים של התלמיד על מנת לספק לבית הספר, לתלמיד ולהורים עצות ותמיכה בהמשך לימודיו של התלמיד ביחס לצרכים המיוחדים של התלמיד.
3. החלטה של ה- PPR לגבי ההתערבות הנדרשת. יש תיאום הדוק בין ה- PPR לבית הספר וה- PPR אף מספק לבתי הספר עזרים טכניים וחומרי לימוד. כל החלטה שמתקבלת בנוגע לחינוך הילד מתקבלת לאחר התייעצות עם ההורים, שעליהם לתת את הסכמתם לכל סיוע חינוכי מיוחד. אם ההורים לא מסכימים להחלטה הקשורה לחינוך המיוחד, הם יכולים להגיש ערעור למועצה לערעורים לחינוך מיוחד ברשות המקומית. הערכת מצב הילד נערכת מחדש כל שנה. יש לציין שכל ההחלטות עוברות דרך מנהל בית הספר. המנהל הוא זה שבסופו של דבר לאחר הייעוץ החינוכי-פסיכולוגי ובהתייעצות עם התלמיד וההורים מחליט האם יש להפנות את התלמיד לחינוך מיוחד במסגרת בית הספר.

כיצד מתבצעת ההחלטה על העברה לחינוך מיוחד?

במידה ושיעורי תגבור עד 50% יותר מהזמן הכולל של הלימודים אינם מסוגלים לענות על צרכיו החינוכיים של התלמיד, הוא יעבור לחינוך מיוחד. בנוסף, ישנם שני עקרונות מנחים: הראשון הוא קירבה- החינוך המיוחד צריך להיות קרוב לכיתה, בית הספר המקומי וכתובת ההורים ככל האפשר. והשני הוא מידת ההפרדה- יש להשתמש בשירות שהכי פחות מפריד את הילד מהכלל¹².

<https://www.european-agency.org/sites/default/files/Country-Report-Denmark.pdf>

ג. קביעת הזכויות

לאחר תהליך האבחון, על העירייה מוטלת החובה לספק לילד את האמצעים הנדרשים בתחומי החיים השונים בהתאם לקריטריונים לזכויות שנקבעו במשרד הרווחה. זה יכול לכלול השמה זמנית במוסדות טיפול, תמיכה משפחתית, חינוך ביתי או הקצאת איש קשר קבוע לילד.

באופן כללי, מעודדים ילדים עם מוגבלויות ללמוד במסגרת החינוך הרגיל יחד עם שאר הילדים (לדוגמה, בעיריית קופנהגן יש מרכזים למורים בחינוך הכללי בהם הם נפגשים עם מורים בחינוך המיוחד שיעזרו להם למצוא פתרונות לילדים עם מוגבלויות שלומדים אצלם). בהתאם לכך, ילדים עם מוגבלויות יכולים לקבל גם חינוך משלים (9 שעות בשבוע), שילוב של שיעורים מיוחדים המתמקדים במוגבלות שכלית, הפרעות קשב וריכוז, דיסלקציה, בעיות שמיעה, ליקויי ראייה וכן הלאה או אף לעבור לבית ספר המתמחה בחינוך מיוחד.

ד. הטבות נוספות

ישנן שתי מערכות המאפשרות להורים לילד עם מוגבלות או הסובל ממחלה קשה לקבל סיוע כלכלי: הראשונה, החזר של עלויות נוספות להורים לילדים עם מוגבלות. הרשות המקומית משלמת את העלויות הנוספות של ההורים הקשורות לטיפול בילד נכה בבית (תכניות סיוע אישי, עזרה במשימות היום-יום בתוך הבית); ופיצוי על אובדן הכנסה- הרשות המקומית מעניקה סיוע לכיסוי השכר שאבד להורים שנמצאים בבית ומעניקים טיפול קבוע לילד עם יכולת תפקודית פיזית או נפשית מופחתת או בעל מחלה כרונית ארוכת טווח¹³.

- תמיכה כספית בגין הוצאות נוספות

התנאים לזכויות:

1. ילד עד גיל 18 בעל מוגבלות פיזית או נפשית משמעותית ומתמשכת או הפרעה כרונית או ארוכת טווח.
2. הילד גר עם ההורה בבית. אם הילד מאושפז בבית החולים באופן זמני או הולך לפעילות אחר הצהריים עדיין ניתן לקבל הוצאות נוספות. אך אם הילד נמצא במעון יום לא ניתן לקבל הוצאות נוספות.
3. מדובר בהוצאות נוספות הכרחיות. המשמעות היא שההוצאה נדרשת כדי לעזור למשפחה בהשוואה למשפחות עם ילדים ללא מוגבלות.
4. ההוצאה הנוספת היא תוצאה של מוגבלות של הילד.
5. תקרת החזר (בשנת 2014 4,440 קרונות).

זכויות אלו מתקבלות בעירייה לפי כתובת המגורים של הילד. לגבי החזר הוצאות של שכר לימוד או מחשב לסיוע בבית הספר, אלו ישולמו ע"י משרד החינוך.

- תשלום על תרופות ועזרים

1. הבקשה להוצאת תרופה מסוימת היא ללא קשר לטיפול המתמשך.
2. מדובר בתרופה שהפסקתה מהווה סיכון מיידי לנכות קבועה או משמעותית או לסיכון חיים. לדוגמה, תרופות נגד חרדה, והעוזרות לריכוז או להקלה באינטראקציות חברתיות לא יקבלו החזר תשלום.
3. ילד עם מחלה חשוכת מרפא יכול לקבל תוספת כספית ואת כל תרופות המרשם ללא תשלום.

ההוצאות על הטיפול ישולמו ע"י **משרד הבריאות**. לדוגמה, עזרי טיפול, הנשמה וכו' ישולמו ע"י מערכת בתי החולים ואילו טיפול פסיכולוגי וכלים לטיפול ישולמו ע"י העירייה. הפניה להחזר הוצאות בגין תרופות מהעירייה תעשה לאחר מיצוי ההחזר ממשרד הבריאות ועם פניה של הרופא המטפל של הילד¹⁴.

¹² <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163941#Kap2>

¹³ <http://www.oim.dk/media/14947/social-policy-in-denmark.pdf>

¹⁴ <https://www.hedensted.dk/borger/handicap-og-psykiatri/boern-med-handicap/aflastning>

- **ייעוץ משפחתי.** המשפחה זכאית לייעוץ והכוונה מהרשות המקומית, הן בקשר לטיפול והן בקשר לזכויות המגיעות להורה.

- **שירותים לשעות הפנאי ואחר הצהריים.** הרשות המקומית מציעה מתקני מועדון מיוחדים ומותאמים אישית לאנשים עם מוגבלות פיזית או נפשית. אלו כוללים מרכזי בילוי, קבוצות לפעילות פנאי ומתקני פנאי. לדוגמה, המרכז לילדים בקופנהגן מורכב מפסיכולוגים, מחנכים לדיבור/שמיעה, מטפלים בעיסוק ופיזיותרפיסטים¹⁵.

אפיון השחקנים השונים

הרשות המקומית

בכל רשות צריכה לקום וועדה בינתחומית שתוודא שילדים וצעירים אנשים עם מוגבלויות מקבלים ייעוץ וטיפול על מנת לממש את התפתחותם ועל מנת לקדם את רווחתם. הוועדה צריכה לוודא שנוצר קשר עם מומחים מתחומים שונים לטובת מטרה זו. האחריות לטיפול בילדים עם מוגבלות ומשפחותיהם כמו גם באנשים עם מוגבלות באופן כללי מוטלת על המרכז למוגבלות שמהווה מנגנון בגישת One-Stop-Shop (יתואר בהרחבה בהמשך).

משרד החינוך

משרד החינוך תומך ברשויות מקומיות ובבתי ספר ביישום החקיקה החדשה ובשיפור רמת החינוך הכולל על ידי הקמת כח משימה ומרכז ידע. מרכז הידע תומך ביוזמות חינוכיות שונות ומלווה במחקרי הערכה. כח המשימה מעניק ייעוץ ישירות לבתי הספר כיצד לשפר אסטרטגיות חינוך בפועל¹⁶. כמו כן, משרד החינוך יוזם פיתוח של כלים חדשים ליהוי מוקדם של קשיי קריאה, חשבון ושפה. היוזמה כוללת בדיקת דיסלקציה ותמיכה בילדים עם עיוורון או לקות שפה. בנוסף, שר החינוך יזם פיתוח מדדי איכות להוראה בבתי ספר מיוחדים, פיתוח מיומנויות הצוות, פיתוח חומרי הדרכה, חיזוק נהלי הוראה, ביקורת ופיקוח¹⁷. עיריות יכולות לפנות לעזרה וייעוץ בנושא הכללה של תלמידים אנשים עם מוגבלויות מצוות הכללה במשרד החינוך (Ministry of children & Education). מרכז המשאבים של משרד החינוך לבתי הספר היסודיים אחראי על פיתוח ידע בנושא זה¹⁸.

משרד הבריאות¹⁹

מערכת הבריאות מפעילה שירותי בריאות בתצורה אנכית כלומר יש שלוש דרגות מינהליות אשר מספקות שירותים: המדינה (משרד הבריאות), האזורים והרשויות המקומיות.

למשרד הבריאות אחריות לקידום בריאות האוכלוסייה, למניעה ולטיפול במחלות ובמוגבלות של הפרט. המשרד אחראי על בניית שירותי בריאות לילדים ומתבגרים. הוא מספק מידע על פעילות גופנית ובריאות והוא מתאם את מאמצי הממשלה בנושא בריאות הציבור. המשרד אחראי על אסטרטגיה, חקיקה בנושא ארגון ומתן שירותי בריאות, זכויות חולים, הכשרה ורישוי של אנשי מקצוע בתחום הבריאות, בתי חולים ובתי מרקחת, מוצרים רפואיים, חיסונים, טיפול ביולדות ובריאות ילדים. בנוסף לכך, אחראי המשרד על טיפול בקשישים.

האזורים של דנמרק אחראים על טיפול בבתי החולים, כולל טיפולי חירום, על הרופאים הכלליים, הטיפול הפסיכיאטרי, ועל שירותי בריאות של מומחים בפרקטיקה פרטית. האזורים רשאים להפנות חולים לטיפול בחו"ל, אך בחלק המקרים הפניה זו כפופה לאישור רשות הבריאות הדנית.

הרשויות המקומיות אחראיות לשירותי הבריאות בקהילה, לשירותים הכוללים מניעת מחלות וקידום בריאות, שיקום מחוץ לבית החולים, סיעוד ביתי, שירותי בריאות בבתי ספר, טיפול שיניים לילדים, סיעוד לילדים, פיזיותרפיה, שירותי טיפול בבית. בנוסף, הן מממנות שירותי שיקום אזורים ומתקני הכשרה. הרשויות המקומיות דואגות לייעוץ לתושבים אודות הזכויות

¹⁵ <https://www.angloinfo.com/how-to/denmark/family/schooling-education/special-needs-educationhttps://bck.kk.dk/artikel/hvad-er-b%C3%B8rnecenter-k%C3%B8benhavn>

¹⁶ <https://www.european-agency.org/country-information/denmark/systems-of-support-and-specialist-provision>

¹⁷ https://www.regeringen.dk/media/1291/handicappolitisk_handlingsplan_-_status_2014_et_samfund_for_all.pdf

¹⁸ <https://www.uvm.dk/folkeskolen/laering-og-laeringsmiljoe/inklusion/bag-om-inklusion>

¹⁹ http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-en-glish-V16-dec.ashx

שלחם. ייעוץ מיוחד יופנה לאזור. משפחות יכולות גם לפנות לייעוץ מיוחד מגורמי ממשלה, המרכז לקבוצות עם מוגבלות נדירה ומכון ג'ון קנדי לייעוץ גנטי בנושא הפרעות גנטיות ותורשתיות²⁰.

תיאור המנגנון - המרכז למוגבלות

א. מבנה ארגוני

מרכז המוגבלות אחראי על אספקת מידע ושירותים לאנשים עם מוגבלות ומשפחותיהם. לצורך בחינה מדויקת של המנגנון לקחנו את המרכז למוגבלות בקופנהגן כדוגמא. המרכז מונה 230 עובדים (מטפלים) וצוות מנהלי ומחולק לשלוש מחלקות: ילדים, צעירים ומבוגרים. בנוסף לכך, המרכז מנהל 'מרכז למשפחות' מפורט בהמשך עוד על שירות זה. מחלקת הילדים מטפלת בילדים עד גיל 15 ומשפחותיהם, מחלקת הצעירים מטפלת בצעירים מגיל 15 ועד לגיל 26 ומשפחותיהם ומחלקת המבוגרים באנשים מעל גיל 25 ועד לגיל 65. בניהול המרכז מעורבים נציגים של ארגוני הנכים ונציגי הורים.

ב. תהליך מתן מידע ואספקת השירותים

ניתן לפנות לצוות המנהלי (לקבלה) ולקבל הכוונה וייעוץ חינוך בנושאים הקשורים בבקשות לסיוע ותמיכה. בקשות פשוטות כמו בקשה לעזרי נכות לאנשים מתחת לגיל 65 ובקשות למידע יטופלו באופן מיידי על ידי הצוות המנהלי.

החלטות מורכבות לדוגמא החלטה האם ילד זקוק למסגרת חינוך מיוחד או למסגרת בחינוך הרגיל, תחל בהפניה ראשונית ובתהליך בירור על ידי ועדה רב-מקצועית (visitation committee). ועדה זו מורכבת ממנהלי המסגרות החינוכיות השונות בקופנהגן, יועצים חינוכיים, פסיכולוגים ואנשי מקצוע רלוונטיים אחרים שיכולים לתת חוות דעת מוסמכת מהי המסגרת המתאימה ביותר עבור הילד. אם לאחר הבירור ייקבע שהילד זקוק לתמיכה מיוחדת, יתחילו בתהליך הערכה פדגוגי.

תהליך הערכה פדגוגי הוא תהליך מעמיק המתמקד במספר תחומים: התפתחות והתנהגות של הילד, מצב המשפחה, תפקוד בבית הספר, מצב בריאותי, פנאי, חברויות ועוד תחומים רלוונטיים. התהליך נמשך שלושה עד ארבעה חודשים והוא מנוהל על ידי המרכז למוגבלות (Citizen's disability center).

במרכז למוגבלות מוקצה 'מנהל תיק' אשר אחראי לקשר עם הילד ומשפחתו. מנהל התיק אוסף מידע מבית הספר, ממעון היום, מרופאים, אחיות, פסיכולוגים, רשויות ציבוריות וגורמים רלוונטיים אחרים על מנת שניתן יהיה לבסס חוות דעת מקצועית טובה. הבדיקה צריכה להוביל למסקנות הבאות: (א) האם ישנו צורך בשילוב בחינוך המיוחד או שניתן לשלב בבית ספר רגיל (ב) האם ישנו צורך במעון יום או בהסתייעות בגורמים טיפוליים אחרים בקהילה (ג) האם נדרש פתרון/מענה מוסדי חוץ-ביתי.

לאחר תהליך איסוף המידע מתקיים תהליך ייעוץ משפחתי בו נקבעת תוכנית ומערך יעדים לעתיד. הורים יכולים לערער על ההחלטה שהתקבלה בוועדת ערעורים ארצית בתוך ארבעה שבועות מרגע שנמסרה ההחלטה.

ג. ייעוץ

המרכז למוגבלויות מציע הדרכה משפחתית הכוללת שעות עם יועץ משפחתי המגיע לבית המשפחה ומסביר על שירותים שונים: טיפול, לימודים ופנאי.

ד. סיוע כלכלי בכסף או בעין

הילד ומשפחתו זכאים לקבל תמיכה נוספות כגון: עזרה ביתית, "איש קשר" טיפולי לנוער, טיפול יום, טיפול משפחתי ואמצעי הקלה להורים (למשל, סיעוד, עזרה עם נסיעות). בנוסף, הרשות מסייעת במימון עזרי נגישות (או עזרים אחרים) ולביצוע שינויים בדירת המשפחה. מועצת העירייה מממנת את ההוצאות הנוספות הנדרשות לטיפול בילד מתחת לגיל 18 עם ליקוי גופני או נפשי משמעותי ארוך טווח. אם המועצה לא מצאה לנכון לממן את ההוצאות הרפואיות של המשפחה, רשאת המשפחה לפנות לרופא ולבקש החזר מסוכנות התרופות הדנית- **משרד הבריאות**, שיעריך אם המשפחה זכאית להחזר פרטני²¹.

²⁰ https://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2004/Redeg%20-%20B8relse%20om%20hj%C3%A6lp%20til%20familier%20med%20handicappede%20b%C3%B8rn.ashx
²¹ <https://bch.kk.dk/indhold/ny-med-handicap>

ה. המרכז לילדים קופנהגן

המרכז לילדים בקופנהגן הוא מרכז משלים למרכז המוגבלות אשר נמצא תחת מינהל הילדים והנוער בעירייה. המרכז מציע טיפולים שונים לילדים עם מוגבלות, פיזיותרפיה, גן שעשועים, אפשרות לשאול צעצועים, היוועצות עם צוות מוטורי-שפתי, ייעוץ חינוכי וקורסים לשעות אחר הצהריים. העובדים במרכז הם פסיכולוגים, קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק. כמו כן, ישנן תכניות קבוצתיות במקום.

ו. מרכזים למשפחות לילדים עם מוגבלויות

ברשויות השונות קיים שירות נוסף, מרכזים למשפחות לילדים עם מוגבלויות. שירות זה מיועד לילדים ונוער עם מוגבלות ולמשפחותיהם ומציע קורסים, ייעוץ ומפגשים חברתיים. עובדי המקום הם מחנכים, מרפאים בעיסוק, אחיות ופסיכולוגים. בנוסף, קיימים מתקני טיפול ופנאי לילדים ונוער עם מוגבלויות.

הערת הכותבת: גם בישראל ישנו שירות משלים- מרכזים למשפחות לילדים עם מוגבלויות- תחת משרד הרווחה אשר פותח עם ג'וינט אשלים ופועל בכ- 50 רשויות בישראל.

חקר מקרה 5: אנגליה

א. רקע

בשנת 2011 היו 770,000 ילדים עם מוגבלות מתחת לגיל 16, קרי אחד מכל 20 ילדים. ההערכה היא כי בסביבות 748,000 ילדים וצעירים בגילאי חמש עד 16 בבריטניה סובלים מבעיות רגשיות שונות; בסביבות 78,000 מהם סובלים מהפרעות על הספקטרום האוטיסטי; 132,000 לערך אנשים עם לקות למידה ו- 51,000 מתוכם סובלים גם מחלות של בריאות הנפש. בדומה לארה"ב, יותר ילדים עם מוגבלות (29%) חיים בעוני בהשוואה למשקי בית ללא ילדים עם מוגבלות (21%).

בריטניה נוקטת במדיניות חברתית מעורבת של ליברליזם ומדינת רווחה, אשר כוללת שירותים אשר הזכאות להם ניתנת על בסיס מבחן-הכנסה ושירותים אחרים שהם אוניברסאליים (כולם זכאים להם). לדוגמא, מערכת הביטוח הסוציאלית של בריטניה מבצעת הערכה שיטתית לאנשים עם מוגבלות בעלי הכנסה נמוכה. לעומת זאת, מערכת הבריאות (NHS) ומערכת החינוך החובה הם שירותים אוניברסליים.

בריטניה, למשל, מפעילה מדיניות חברתית סלקטיבית המתנה את השירות במבחן אמצעים של הפרט, אך לצד זאת, ציוד עזר לאנשים עם מוגבלויות (למשל כסא גלגלים), המוגדר כשירות בריאות, מוצע על בסיס אוניברסאלי לכל נכה לפי תבחינים רפואיים ולא לפי תבחינים כלכליים.

באנגליה בוצע מיזוג בינתחומי ובינארגוני ברמה הלאומית-מיניסטרילית בין מערך שירותי הרווחה האישיים הממוקדים (על פי מבחני הכנסה) ובין מערכת שירותי הבריאות האוניברסאלית. מיזוג מעין זה מאפשר לתת מענה הוליסטי לכלל הצרכים של ילדים אנשים עם מוגבלות ומשפחותיהם וכן מעניק בסיס חוקי לזכויותיו של מי שפונה בבקשה לקבל שירותי רווחה אישיים במסגרת של תוכנית טיפול ושיקום אישית המותאמת לצרכיו ומגבלותיו.

השירות הסוציאלי לילדים ושירותי החינוך לילדים הם תחת אחריותו של משרד החינוך והרווחה. עם זאת, כל השירותים (שירותי רווחה, חינוך ובריאות) מחויבים לעבוד יחד כדי לספק שירותים הוליסטיים לילדים אנשים עם מוגבלות ובני משפחותיהם. ישנו גם משרד בריאות ורווחה אשר באחריותו וסמכותו לטפל באנשים (בגירים) עם מוגבלות.

השירותים החברתיים ושירותי החינוך, מסופקים על ידי הרשויות המקומיות. שירותים עבור ילדים וצעירים, ניתנים על ידי מחלקות, הנקראות שירותים לילדים או שירותים לילדים ולאנשים צעירים, בתוך הרשויות המקומיות בבריטניה. השירותים יכולים להיות מסופקים על ידי ארגונים מהמגזר הפרטי, ארגונים וולונטריים וכלא שללא למטרות רווח, והם יינתנו רק עפ"י החלטת הרשויות המקומיות.

הרשויות המקומיות נדרשות להציג את רצף השירותים שלהן ופרישת השירותים בתחום של ילדים עם מוגבלות לאחר היוועצות עם ה-NHS. משפחה עם ילד עם מוגבלות פונה אל הרשות המקומית ומקבלת ממנה מענה לצרכיה (גישת One stop shop). כל התקציבים להפעלה של שירותים מועברים לרשות המקומית.

לפני כארבע שנים ממשלת אנגליה אימצה את רפורמת SAND המבוססת על מסמך ירוק בשם support & aspiration לתקצוב, תכנון ואספקת שירותים אחודים לילדים עם מוגבלות. המסמך עיצב חזון והתייחס להיבטים שונים של שירותים לילדים עם מוגבלות. 13 רשויות החלו ליישם את הנחיות המסמך כפיילוט והתכנית לוותה במחקר הערכה. יש לציין כי תוכנית SEND ממוקדת בילדים שנכנסים למערכת החינוך החל מגיל 3 ועד גיל 25.

ילדים בגיל הרוך עד גיל שנתיים-שלוש נמצאים תחת אחריות של משרד הבריאות והרווחה ויאותרו ביחידות להתפתחות הילד/טיפול חלב (community nurse) אשר נמצאות באחריות משרד הבריאות. במסגרת זו הם יאובחנו על ידי אנשי מקצוע ויקבלו טיפולים ושירותים מתאימים.

להלן חלוקת האחריות והסמכות בתחום ילדים עם מוגבלויות

שלטון מרכזי - משרד החינוך והרווחה

משרד החינוך והרווחה אחראי על מדיניות החינוך והחינוך המיוחד וקביעת הפדגוגיה בבתי הספר. שירותי החינוך עצמם ניתנים על ידי הרשויות המקומיות (ישנם גם בתי ספר פרטיים ואחרים).

נציב הילדים (CHILDREN'S COMMISSIONER)

תפקידו העיקרי של נציב הילדים הוא קידום והגנה על זכויותיהם של ילדים באנגליה. התפקיד כולל קידום מודעות לתפיסותיהם ולאינטרסים של כלל הילדים באנגליה ובאופן מפורט: לייעץ לאנשי מקצוע כיצד יש לעסוק בפעילויות המשפיעות על ילדים מבלי לפגוע בזכויותיהם; לייעץ למזכיר המדינה בנוגע לזכויות, השקפותיהם ואינטרסים של ילדים; לבחון שמדיניות משרדי הממשלה עולה בקנה אחד עם זכויות ילדים ועוד. עם זאת, אחד התפקידים המרכזיים של נציב הילדים הוא לדאוג לילדים אשר אינם מתגוררים בבתיים או ילדים אשר מקבלים שירותים ממערכת הרווחה (children act-2004, section 4).

השלטון המקומי

- הרשויות המקומיות באנגליה אחראיות על פי חוק למתן שירותי רווחה לאנשים אשר סובלים ממחלות ממושכות או ממוגבלות (סעיף 42 בחוק, National Health Service and Community Care Act 1990).
- הרשויות המקומיות באנגליה אחראיות על פי חוק לספק שירותים חוץ ביתיים (מגורים במוסדות) לאנשים אשר סובלים ממחלות ממושכות או ממוגבלות (סעיף 42 בחוק, National Health Service and Community Care Act 1990).
- אם במהלך תהליך הערכה שעושה הרשות מסתבר כי מדובר בילד עם מוגבלות, על הרשות לבחון אילו צרכים יש לילד ואילו שירותים היא צריכה לספק לו. כמו כן, הרשות צריכה ליידע את המשפחה שהיא מתכננת תוכנית עבור הילד ושלמשפחה יש זכות לקחת חלק בתהליך.
- אם בתהליך נמצא שהילד זקוק לשירות בריאותי שנמצא תחת זכאות של משרד הבריאות אז על הרשות להעמיד ועדה ייעודית לאבחון קליני (clinical commissioning group) ולבקש מהוועדה לסייע באבחון ובהחלטה לאילו שירותים זכאי הילד. על הרשות לקחת בחשבון בתוך תוכנית השירותים לילד את כל הזכויות גם לפי הוועדה הקלינית ולאפשר/לספק אותם.
- מזכיר המדינה צריך לספק הנחיות איזו הערכה ואבחון יש לבצע בכל מצב.
- הוראות אלה אינן מונעות מהרשות המקומית לספק באופן זמני שירות לילד גם ללא אבחון והערכה אם זה נחשב שירות חירום על ידי הרשות המקומית.
- הרשות המקומית רשאית להפעיל ספקי שירותים ולפקח על עבודתם.
- הרשויות המקומיות כפופות להוראות והנחיות מזכיר המדינה בכל הקשור לאספקת שירותים חברתיים. למזכיר המדינה יש זכות לחקור כל מקרה בהקשר לאספקת השירותים על ידי הרשויות המקומיות וגם להטיל וטו ולהתערב במקרים של תלונות.

ב. שיטת האבחון

האבחון מחולק לשתי דרגות. הדרגה הראשונה היא האבחון הפדגוגי- סוציאלי אותו הרשות המקומית מבצעת על מנת לתכנן התערבות אישית הכוללת שירותי חינוך, בריאות וסיעוד עבור הילד וכדי להבטיח תמיכה חלקה ומשולבת (תוכנית חינוך, בריאות וטיפול). תוכנית ההתערבות מיועדת לילדים עד גיל 25 במידת הצורך. תהליך הערכה פדגוגי לילד עם מוגבלויות מנוהל על ידי ועדת מומחים משותפת רב-מקצועית על מנת לזהות פערים ולייצר שיפור. הערכה זו מבוצעת באופן דיאלוגי עם אנשי רווחה ועם משפחתו של הילד. קבוצה זו מדווחת למועצת הבריאות והרווחה ונתונה לפיקוח ובקרה. בדרגה שנייה, ילדים עם התנהגות מאתגרת, ילדים הזקוקים לטיפול נפשי או ילדים עם בעיות פסיכולוגיות הדורשות טיפול תומך יעברו לטיפול של צוות קליני (Local Health Service) אשר יש בידיו כלי הערכה אחר במהותו ותפקודי להערכת מצבם של ילדים אלה (The decision Support Tool).

ג. שיטת הזכאות

כל ילד מקבל סל ניקוד בהתאם לאבחון (יפורט בהמשך) המאפשר לבנות לו סל שירותים (סל אישי גמיש). ילדים עם מוגבלויות אשר אובחנו על ידי **ועדה קלינית** מקבלים תקציבים **נוספים** ממשרד הבריאות. ישנו צוות (Clinical Commission Group) שיושב בלונדון וקובע כיצד לחלק את התקציב לכל הילדים שזקוקים לתמיכה רפואית. כעקרון בממוצע ברשות של 300 אלף ילדים עם מוגבלויות יהיו בין 20-25 ילדים שיקבלו סל אישי הכולל סיוע ממשרד הבריאות (ניק קרוסבי, יועץ).

ד. משאבים נוספים

- תמיכה למשפחות, פסיכותרפיה למשפחה.
- הטבת מס למשפחות
- זכאות לדיור ציבורי ולהנחה בארנונה לפי תבחיני הכנסה
- קצבת ילד נכה – (DLA) קצבת ילד נכה ניתנת לפי תבחיני הכנסה של ההורים בנוסף לרמת התפקוד של הילד ברמה הלאומית (לא על ידי הרשות המקומית). לקצבה יש שני חלקים: חלק טיפולי וחלק לניידות.
- Short Breaks- שירותי פנאי ונופש קצרים להורים

תיאור המנגנון

א. מבנה ארגוני

נדגים את תיאור המנגנון על עיריית ליברפול.

עיריית ליברפול מכינה מידי שנה תוכנית אסטרטגית לילדים וצעירים ומשפחותיהם אשר כוללת את כל ההיבטים הקשורים בטיפול בילדים- בריאות, חינוך, תרבות ועוד. בעיר הוקם פורום The Children & Families’ Trust אשר מוביל את השותפות בין כלל הארגונים אשר פועלים בתחום הילדים והצעירים והוא המוביל את הכיוונים האסטרטגיים של התחום וגם מבקר (עורך בקרה) על דרכי העבודה ושיתופי הפעולה בין הארגונים התומכים בילדים ומשפחותיהם.

המועצה להגנת הילד של ליברפול (Liverpool Safeguarding Children Board’s LSCB) כוללת נציגים מפורום The Children & Families’ Trust כדי להבטיח מענה מותאם לילדים ולצרכיהם.

גיל רך

עזרה מוקדמת היא למעשה תמיכה בילד ובמשפחתו כבר מהשנתיים הראשונות לחיי הילד. התמיכה צריכה להינתן בהקדם האפשרי כאשר מתגלים קשיים כדי למנוע הסלמה. עזרה מוקדמת היא שירות אוניברסאלי שמטרתו לזהות צורך בתמיכה בשלב מוקדם של חיי הילד עבור אותן משפחות שעשויות להזדקק לה. כל המסגרות משתמשות בכלי הערכה משותף המכונה early Help assessment tool EHAT התומך בשותפויות ובהתערבות משותפת ומרובת סוכנויות אשר רשומות ומתועדות בכלי. במקרים מסוימים תוכנית העזרה המוקדמת לא תיתן מענה מלא לילד ולמשפחתו ואז תינתן תמיכה נוספת על ידי מחלקת בריאות ורווחה ברשות.

ב. אבחון והערכה

משפחה אשר מזהה צורך פונה לרשות המקומית למחלקה לילד והמשפחה. במחלקה מוקם צוות אבחון והערכה פדגוגי שמבצע הערכה לפי מודל המחוונים ‘windscreen model’ (ראה איור 3).

הגדרת מוגבלות: לילד יש לקות נפשית או פיסית, וגם הלקות בעלת השפעה שלילית מהותית וארוכת טווח על יכולתו של הילד לבצע פעולות יומיומיות רגילות (The Equality Act 2010).

עם מוגבלויות בחינוך **(SEN)**: (SEN Code of Practice, 2014)

ילד בגיל חינוך חובה או צעיר, בעל קשיים לימודיים או מוגבלות אשר:

- יש לו קשיים לימודיים רבים יותר בהשוואה לרוב בני גילו
- בעל מוגבלות אשר מונעת או מעכבת אותו משימוש במתקנים אשר עושים בהם שימוש בבית ספר 'רגיל'

מודל לוח המחוונים כולל אבחון והערכה של צרכי ילדים ומסווג אותם ל-4 קבוצות.

הקבוצה הראשונה: שירותים אוניברסאליים

הקבוצה כוללת ילדים וצעירים אשר התפתחותם טובה. ילדים אלה מקבלים שירותים אוניברסליים מתאימים כמו שירותי בריאות, טיפול וחינוך. מזוהה עבור ילדים אלה צורך אחד אשר יכול להיות מסופק כשירות אוניברסאלי.

קבוצה שנייה: ילדים וצעירים הזקוקים למספר שירותים

ילדים וצעירים הזקוקים למספר שירותים הניתנים על ידי ארגונים שונים זקוקים למתאם שירות. עבורם תתבצע הערכה בכלי EHAT על ידי צוות רב מקצועי. הערכה זו גם תוודא שכל המידע נאסף ומתועד בכלי שכל אנשי במקצוע חשופים אליו (בהסכמה) ויכולים לעשות בו שימוש.

קבוצה שלישית: ילדים עם צרכים מורכבים

ילדים הנמצאים בסיכון גבוה יותר ונדרשים לעבודה של צוות רב מקצועי אשר יעריך את מצבם וידאג לשירותים תוך הקפדה על בקרת מצבם על מנת שלא יסלים. עבורם תתבצע הערכה בכלי EHAT על ידי צוות רב מקצועי. הערכה זו גם תוודא שכל המידע נאסף ומתועד בכלי שכל אנשי במקצוע חשופים אליו (בהסכמה) ויכולים לעשות בו שימוש.

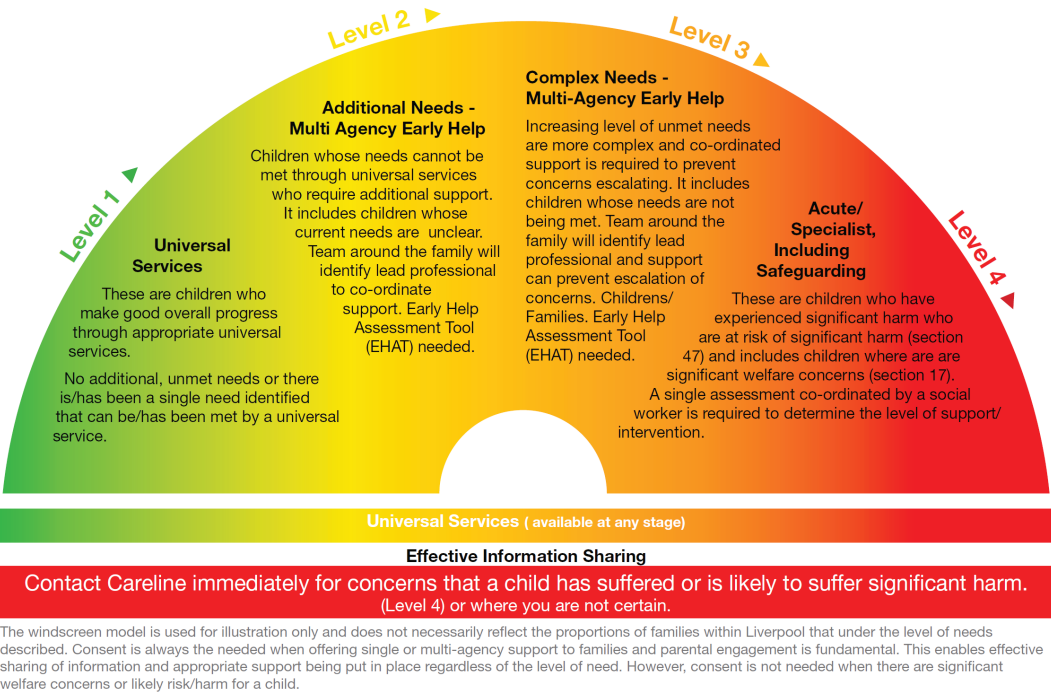
קבוצה רביעית: ילדים עם צרכים אקוטיים וייחודיים

ילדים אשר על פי חוק מוגדרים “in need” ונדרשים להם שירותים על פי חוק על מנת להבטיח את רווחתם. בקבוצה זו נכללים ילדים בסיכון גבוה אשר חשופים למצבי אלימות קיצוניים. ילדים בקבוצה זו ילוו על ידי עובד סוציאלי בתהליך אבחון והערכה. ***נא לשים לב שילדים עם מוגבלויות קשות נכללים בקבוצה זו וגם ילדים בסיכון גבוה*** כלי הערכה של קבוצה זו נקרא single assessment.

האבחון כולל את סוג הלקות או המחלקה של הילד ואת המצב התפקודי שלו. התוכנית נקבעת גם לאור מצבה הסוציאלי של המשפחה. כמו כן נלקחים בחשבון רצונותיו של הילד ומשפחתו בקביעת התוכנית.

איור 3:

Promoting Children’s Wellbeing in Liverpool - Levels of Need as a Continuum



ביבליוגרפיה

זהר, ג. ואלמוג, נ. (2019). מערכות הקצאות עבור אנשים עם מוגבלויות: בעולם ובישראל. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

זהר, ג. (2013). מרכזי שירות לתעסוקה לשילוב אנשים עם מוגבלות בתעסוקה: הבחנה בין מודלים שונים בעולם. משרד התמ"ת: ירושלים.

ינאי, א., בראון, פ., וקושר, ח. (2007). שירותי רווחה אישיים בפרספקטיבה בינלאומית משווה- נייר עמדה. משרד הרווחה והשירותים החברתיים והאוניברסיטה העברית: ירושלים.

מוניקדם, מ. (2012). הרפורמה ועקרונות בארגון שירותי רווחה מקומיים באיחוד האירופי. משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים: ירושלים.

Bickenbach J, Posarac A, Cieza A, et al. (2015) Assessing Disability in Working Age Population: A Paradigm Shift: from Impairment and Functional Limitation to the Disability Approach. Washington D.C.

Barnes, C. (2012). Understanding the social model of disability (pp. 12-29). London: Routledge.

DISABILITY ALLIANCE BC (2016) Persons with Disabilities (PWD) Application Guide. Available at: www.disabilityalliancebc.org (accessed 20 February 2019).

Hebbeler, K., and Spiker, D. (2016). Supporting Young Children with Disabilities, The Future of Children, 26(2), 185-205.

Hollenweger, J. (2011). Development of an ICF-based eligibility procedure for education in Switzerland. BMC Public Health 11(4), 1-8.

OECD. (2007). Student with Disability, Learning Difficulties and Disadvantages. OECD, Paris.

OECD (1999), Inclusive Education at Work: Including Students with Disabilities into Mainstream Schools, OECD, Paris.

Oliver, M. (1986). Social policy and disability: Some theoretical issues. Disability, Handicap & Society, 1(1), 5-17.

Theodora Ooms, 'Families and government: Implementing a family perspective in public policy', Social Thought 16 (1990), 61-78.

Sheila B. Kamerman and Alfred J. Kahn, 'Families and the idea of family policy.' In Family policy: government and families in fourteen countries. Edited by Sheila B. Kamerman and Alfred J. Kahn (New York: Columbia University Press, 1978), p. 3.

Sheila B. Kamerman, 'Families and family policies: Developing a holistic family policy agenda,' Hong Kong Journal of Pediatrics 14 (2009), 115-21.

שוויץ

תהליך הזכאות בשוויץ: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-11-S4-S7>

<https://www.historyofsocialsecurity.ch/home>

סיוע כלכלי בכסף ובעין

- תמיכה של עובדת סוציאלית ביעוץ והנחיה
- אבחון על ידי עו"ס וקביעת תוכנית אישית
- הנחיה ויעוץ במיצוי זכויות ושירותים לילד ומשפחתו
- תמיכה למשפחה
- תמיכה בקהילה ובבית
- שירותי נופשונים short break
- טיפול סיעודי בבית Domiciliary Care in the home
- טיפולי השגחה ביתיים
- סיוע כלכלי ישיר: תשלומים ישירים הם משאב הניתן על ידי הרשות להורים כדי לרכוש תמיכה נוספת בטיפול בילדים. תשלומים אלה אינם משפיעים על ההטבות הניתנים על ידי המדינה ומשולמים לחשבון הבנק באופן קבוע או כתשלום חד פעמי. באמצעות כלי הערכה single assessment יכול העובד הסוציאלי לקבוע זכאות לתשלומים ישירים וכיצד הכספים יחולקו לרכישת שירותים שונים. אם החלטתו של העובד הסוציאלי מוסכמת על המשפחה והצער (מעל גיל 16) הכספים יועברו וישולמו לשירותים השונים.

נספח א: המודל האינטראקטיבי למוגבלות (ICF)

בשנת 2001 אישור ארגון הבריאות העולמי את הסיווג הבינלאומי של תפקוד, מוגבלות ובריאות (ICF22). מודל זה הוא הביטוי הברור ביותר לגישה האינטראקטיבית למוגבלות הגורסת כי מוגבלות היא תופעה מורכבת, ומדגיש את יחסי הגומלין בין התפקודים השונים לבין האבחנות הרפואיות של האדם, גורמי הרקע שלו והסביבה בה הוא חי.

תפיסת העולם של ה- ICF נגזרת מעולם הריפוי בעיסוק המתייחס לניתוח פעילות, סביבה ותפקוד. אחת ההנחות היא שמעגלים אלה מחוברים ואינם ניתנים לניתוק. השינוי המהפך שעשתה שיטה זו היא הכנסת הסביבה למשוואה של הערכת מוגבלות.

המודל מבחין בין היכולת של האדם לבצע פעולה בסביבה נטולת חסמים (Capacity) לבין יכולת האדם לבצע פעולה בסביבה הטבעית שלו (Performance). המודל מורכב מארבעה תחומים פנימיים וסביבתיים-חיצוניים, להלן התחומים:

- מצב בריאות: מוגדר על ידי אבחנות רפואיות ומקודד לפי ה- ICD המקובל ברוב המסגרות הרפואיות בעולם.
- מבנה ותפקוד הגוף: מבנה הגוף מתייחס למבנים האנטומיים של הגוף בכלל זה איברים פנימיים, שלד, מפרקים, שרירים ועוד. תפקוד מערכת הגוף מתייחס לתפקודים פיזיולוגיים של מערכת הגוף כמו כוח שרירים, טווחי תנועה, שיווי משקל, תחושה, כאב.
- פעילות: פעילות הינה ביצוע של משימה או פעולה על ידי האדם: מתייחסת לתפקוד הבסיסי של האדם (ניידות, לבוש, שליטה על סוגרים, אכילה).
- השתתפות: השתתפות מתייחסת למעורבות במצבים בחיי היומיום. מרכיב המתייחס לתפקוד הפרט בהקשר הסביבתי (משפחה, חברים, תעסוקה ועוד).

בנוסף לגורמים אלה ישנם גורמים נוספים אשר להם השפעה נרחבת על האדם ויכולותיו:

- גורמים סביבתיים: גורמים חיצוניים לאדם המרכיבים את הסביבה הפיסית והחברתית. בין הגורמים הפיסיים ניתן למצוא גורמים כמו נגישות, ובין הגורמים החברתיים ניתן למצוא גורמים כמו עמדות וסטיגמות, סביבה משפחתית, גורמים משפטיים של מיצוי זכויות ועוד.
- גורמים אישיים: מין, גיל, השכלה, סגנון חיים, רקע תרבותי ועוד. לצד אלה גם תכונות וקווי אישיות של האדם.

באמצעות בחינה של מרכיבים אלו (כל החמישה) המודל מפרט שיטה לקידוד יכולת התפקוד, כמו גם קידוד גורמי הרקע האישיים והסביבתיים אשר חלקם מעכבים וחלקם תומכים. אחד היתרונות הבולטים בשיטה היא יכולתה לייצר אבחנה בין שני אנשים עם מצב בריאותי ולקוות זהה ולגלם את השוני בין התפקוד של האחד לשני. הנחה נוספת היא שאנשים עם רמות חומרה דומות באבחנה רפואית יכולים להגיע לרמת השתתפות שונה ולכן האבחון הוא דינאמי כדי להגיע להגדרה בה תתאפשר השתתפות מיטבית עבור אותו אדם. איש המקצוע מחויב ללוות את האדם לאורך מסלול חייו על פי העדפותיו ורצונותיו. האפשרויות השונות לשיקום מובאות מתוך חשיבה על צמצום הפער בין היכולת לביצוע בפועל.

גרמניה

גרמניה: <https://www.familienratgeber.de/> (אתר חשוב לזכויות של משפחות על כל שלבי החיים)

אוסטרליה

Australian Institute of Health and Welfare 2019. People with disability in Australia 2019: in brief. Cat. no. DIS 74. Canberra: AIHW.

<https://www.aihw.gov.au/reports/australias-welfare/supporting-people-with-disability>

דנמרק

רשימת החוקים

חוק השירותים החברתיים:

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/798#id121c8e09-4d63-4915-ab1e-fbf78477043c>

חוק בדבר חלוקת הסמכויות בין האזורים לרשויות:

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/798>

צו ביצוע למענקים לטיפול בילדים עם מוגבלות או מחלה ממושכת

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/1245>

חוק הבריאות

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

אנגליה

<https://www.gov.uk/disability-living-allowance-children>

<https://www.gov.uk/help-for-disabled-child>

<https://workingfamilies.org.uk/articles/benefits-for-families-with-disabled-children>

ילדים צעירים ושירותים שקיימים עבורם (זכויות) בליברפול :

<https://fsd.liverpool.gov.uk/kb5/liverpool/fsd/localoffer.page?localofferchannel=2>

רשימת החוקים

National Health Service and Community Care Act 1990

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents>

Children Act-2004

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/31/contents>

The Equality Act – 2010

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/data.pdf>

Does the social and educational services for children with disabilities are under the responsibility of the local authority?

Does the local authority pedagogical committee include a doctor (MD), and does it also determine eligibility for supplementary services of the Ministry of Health and Welfare?

Does the Clinical Committee diagnose and determine services and only then a child educational program (individual plan) is established?

Thank you for your kind assistance,

נספח ב: פנייה ומתווה שאלות למומחה באנגליה

Dear Nic,

The current number of children with disabilities in Israel has reached 9% and is estimated a quarter of a million children. These children are divided into different sub-groups: Children on the autism spectrum, Developmental intellectual disability, Physical disability, Sensory disability (hearing and vision), and Cognitive decline.

The government's responsibilities and care are divided various governmental ministries - the Ministry of Education, the Ministry of Welfare & Social Services and the Ministry of Health alongside numerous interfaces with the local authorities, the National Insurance Institute of Israel (social security services) and the HMO's (The free clinics).

The division of responsibilities as stipulated by the Israeli law is that the Ministry of Welfare & Social Services responsible for the care of children from birth to the age of three. From the age of three forward, the Ministry of Education is responsible for schooling and care until the age of 21. At the age of 21, the responsibility returns to the Ministry of Welfare & Social Service onwards. In between this spectrum of ages, there are complementary services from the Ministry of Health, the Ministry of Welfare & Social Services and other social security services, health funds, local government and the Third Sector (Voluntary sector).

'The man is the center' is a new initiative between Elka-Joint Israel (a philanthropic organization) and five ministries: the Prime Minister's Office, the Ministry of Finance, the Ministry of Welfare & Social Services, the Ministry of Education and the Ministry of Health. This initiative aims to design high quality and optimal services for children and youth with disabilities and their families.

There are several systems challenges the above-mentioned ministries are facing implementing this new initiative which includes coordination between the ministries as well as regional-level coordination and service providers, standardization, lack of services, and the creation of a service continuum.

In order to meet these challenges, Elka-Joint Israel requested –the Beta Research Institute, led by Dr. Tali Hindi, who conducted a comparative review of several countries around the world regarding the diagnosis, eligibility, and provision of services for children with disabilities and their families. One of the countries surveyed was the United Kingdom.

Now, Dr. Hindi is evaluating the British model and would like to make sure she clearly understands the work processes in the UK authorities regarding the diagnosis, eligibility, and provision of services for children with disabilities and their families.

The Beta Research Institute would greatly appreciate if one of the Foundation members could allocate some time and schedule a Zoom meeting with Dr. Hindi in order to discuss and review the following questions:

Who has the overall responsibility for the disability policy in the UK and the children's disability in specific: the ministerial department of Education, the ministerial department of health and social care, or the ministry of housing, communities, and local government? (from the review it seems to be the ministry of Education)

Does the social and educational services for children with disabilities are both under the responsibility of the Education Ministry?

How does the ministry of Education coordinate its efforts with other ministries?

נספח ד: דנמרק-אנשי קשר

שם	הגדרת תפקיד	מייל	טלפון
Rinze van der Goot	יועץ פדגוגי במועצת החינוך והאיכות (משרד החינוך)	rinze.van.der.goot@stukuvvm.dk	+45-33-92-5797
	משרד הרווחה והפנים- פניות הציבור משרד הרווחה והפ- נים-יחידת מוגבלויות מנהלת היחידה: Signe Maria Christensen	sim@sim.dk יחידת מוגבלויות	+45 00 93 92 33 שני-חמישי 8.30-16.00 שישי 8.30-15.30
	המועצה הלאומית לער- עורים (לגבי ילד שנשלח לחינוך מיוחד)	ast@ast.dk	00124133
	מנהל הילד והנוער בקופנהגן	שליחת דואר מאובטח: https://minside.borger.dk/post?function=inbox&mailboxid=10517 https://www.kk.dk/email/field_collection_item/22069/field_email?destination=node/11163	+45 66 33 66 33 9:00-15:00
Elly Mørkeber	מרכז למוגבלויות- ילדים	https://bch.kk.dk/indhold/telefonliste	g: 29 42 04 15
	מרכז ילדים קופנהגן (שירות לאחר הצהריים לילדים עם מוגבלויות)	דוא"ל: BCK@BUF.KK.DK	: 16 18 11 23
	ייעוץ שירות חוץ ביתי לילדים	דואר אלקטרוני: DAB@BUF.KK.DK	טל. 93 93 66 33
מלן לונדסארד	ראש צוות הפסיכולוגים במרכז לילדים בקופנהגן		24 18 25 27

משרד הבריאות sum@sum.dk Phone: +45 72 26 90 00
סוכנות הבריאות הדנית (בתוך משרד הבריאות, אחראית על הקשר עם האזורים והעיריות)
sst@sst.dk Phone: +45 72 22 74 00

נספח ג: פנייה ומתווה שאלות למומחה בדנמרק

To: Mrs. Elly Mørkeber
Disability Center
Copenhagen, Denmark
bck@buf.kk.dk

Dear Elly Mørkeber,
Thank you for reading this e-mail.

My name is Dr. Tali Hindi and I am in the process of learning several models of service provision for children with special needs. I would love to talk to a manager or a disability specialist to understand the Danish disability center's working method and mechanism.

Due to high service fragmentation, the Israeli government has started a new initiative aim to design high quality and optimal services for children and youth with disabilities and their families.

I was requested by the team to conduct a comparative review of several countries around the world regarding the diagnosis, eligibility, and provision of services for children with disabilities and their families. One of the countries I surveyed was Denmark and I was impressed by the its model.

Now, I would like to make sure that I clearly understood the work process regarding the diagnosis, eligibility, and provision of services for children with disabilities and their families, the Disability center responsibilities and the mechanisms it holds to provide its services.

I would greatly appreciate if you or one of the managers could allocate some time and schedule a Zoom meeting with me, to discuss and review the following questions:

Who has the overall responsibility for the disability policy in Denmark and the children's disability policy in specific?

Does the social and educational services for children with disabilities are both under the responsibility of one Ministry?

Does the social and educational services for children with disabilities are under the responsibility of the local authority?

How does the disability center & local authority coordinate with the regional and central government?

Who determines the eligibility criteria?

Who diagnoses the child?

Which professionals (maybe a committee) decide about the family eligibility and services?

Thank you for your kind assistance,

נספח ה: אנגליה-אנשי קשר

אתר עיריית ליברפול

<https://liverpool.gov.uk/children-and-families/>

Telephone: 0151 233 3700

Jane Lunt Joint Chair of the Children and Families Trust Board Chief Nurse, Liverpool Clinical Commissioning Group

Steve Reddy Joint Chair of the Children and Families Trust Board Director, Children and Young People's Services

<https://liverpool.gov.uk/media/9714/lon-booklet-newv22single-pages.pdf>

Early Help Assessment: <http://liverpool.gov.uk/EHAT>

LSCB: <http://liverpoolscb.org/>

Children's Service Procedures: <http://liverpoolchildcare.proceduresonline.com/>

Working Together 2015: <https://www.gov.uk/government/publications/working-together-to-safeguard-children--2>

<https://fsd.liverpool.gov.uk/kb5/liverpool/fsd/service.page?id=zYDbXBhM9L8>