

## המודל הביו-פסיכו-סוציאלי (ICF) ושירות מוכון אדם

מאת: נילי דניאל- מנהלת תחום תכניות אישיות ושיטות התערבות

### הקדמה

מגוון של מודלים הוצעו כדי להבין ולהסביר מוגבלות ותפקוד. בספרות נהוג להתייחס אליהם כמודלים רפואיים אל מול מודלים חברתיים. **המודל הרפואי** רואה במוגבלות בעיה של האדם הנגרמת באופן ישיר ממחלה, טראומה או מצב בריאות אחר הדורש טיפול רפואי הניתן בצורה של טיפול פרטני ע"י אנשי מקצוע. ניהול המוגבלות מכוון לריפוי או להסתגלות הפרט ולשינוי בהתנהגותו. טיפול רפואי נתפס כנושא העיקרי ומתרחש ברמת הפרט. ברמה הפוליטית הוא מתורגם למדיניות הבריאות. **המודל החברתי לגבי מוגבלות** רואה את הנושא כבעיה חברתית של אינטגרציה של הפרטים לתוך החברה הכללית. מוגבלות אינה תכונה בלעדית של הפרט אלא אוסף מורכב של תנאים, שרבים מהם נוצרים ע"י הסביבה החברתית. כך, ניהול הבעיה מצוי באחריותה הקולקטיבית של החברה כולה – הנדרשת לבצע את שינויי הסביבה שיאפשרו השתתפות מלאה של אנשים עם מוגבלות בכל תחומי החיים. כאן הנושא הוא שינוי חברתי שברמה הפוליטית הנושאלה של זכויות אדם (WHO, 2011). ניצחון "הרעיון הגדול" כפי שהוא מכונה ע"י מנהיגי תנועת הנכים באנגליה (Hasler, 1993) - שהוא הטיית מוקד האחריות על מוגבלות מן הפרט לחברה ולחוסמים שהיא מציבה, מוצא את אחד מביטויי המובהקים בפרסום סיווג ה-ICF ע"י ארגון הבריאות העולמי ב-2002 (רימרמן, ארטן וברגמן, 2005). ICF מבוסס, למעשה, על אינטגרציה בין שני המודלים המנוגדים (הרפואי והחברתי): הוא מציג גישה ביו-פסיכו-סוציאלית המנסה ליצור סינתזה בין פרספקטיבות שונות לגבי בריאות - ביולוגית, אינדיבידואלית וחברתית: **לצד הסיווג הרפואי במהותו של מידת הסטייה מתפקודי הגוף הנורמליים – נוספה התייחסות לסביבות שבהן האדם חי ופועל. מוגבלות/תפקוד מוגדרים כאן כתוצר של יחסי גומלין בין האדם לסביבה.**

גישת המודל החברתי הגיעה, כאמור, להישגים חברתיים ופוליטיים משמעותיים: פרסום ה-ICF והתקבלותו כמושא להתייחסות בחוקים סטנדרטיים, חקיקת חוקי יסוד בארה"ב ובאירופה (ובישראל) וכן ניסוח האמנה הבינלאומית לזכויות אנשים עם מוגבלות ואשרורה ע"י מדינות רבות. במקביל, החלה להתגבר ההכרה כי הסרת חסמי הסביבה אינה מבטלת את החוויה הסובייקטיבית של הנכות, המתוכנת ע"י הפרט וממהותה חומקת מהגדרות חד משמעיות של סובב ומסובב (שייקספיר, 2016; פרנץ' וסווין, 2016). הפופולריות ההולכת וגוברת של המונח "תכנון מוכון אדם" במדינות הרווחה ברחבי העולם הנה ביטוי מובהק להכרה כי "לא הכול הנגשה" וכי לצד הדגשת תפקידי הסביבה והחברה בהקשר למוגבלות, יש לפתח תפיסות ושיטות התערבות שיכוונו אל רצון הפרט ואל האופן בו הוא תופס את צרכיו ואת המענים הנדרשים לו. **תכנון מוכון אדם מחזיר את מוקד השירותים החברתיים - אישיים אל הפרט – כעת, לא בהקשר של תפקוד ומוגבלות אלא בהקשר של מימוש רצון ובחירה.**

**הקמת מינהל מוגבלויות** לוותה באימוץ שתי מערכות המושגים שהוזכרו לעיל: האחת - שימוש במודל ככלי מרכזי להערכת תפקוד, לקביעת תכנית אישית ולבניית כלי מעקב אחר התקדמותה. השנייה - עיצוב מערך השירותים כולו כ"מוכון אדם" דהיינו, ממוקד ברצון האדם ובבחירותיו ונותן מענה לצרכיו הייחודיים.

מסמך זה יעסוק, בחלקו הראשון, בהבהרת שני המושגים. בחלקו השני נבחן דרכים ליישומם האינטגרטיבי.

## פרק א': מודל ICF ויישומיו

פרק זה יציג את עקרונות המודל ויציע מה ניתן לאמץ ומה חסר במודל – זאת בהקשר למטרות המינהל המרכזיות. הפרק מתבסס על פרסומי ארגון הבריאות העולמי בנושא (WHO,2002) (WHO,2011).

ICF הנו סיווג בינלאומי של התפקוד האנושי והמוגבלות. הוא שייך למשפחת הסיווגים של ארגון הבריאות העולמי. מטרתו ליצור שפה סטנדרטית ואחידה ומסגרת לתיאור מצבי בריאות או כאלה הקשורים לבריאות ולאיכות חיים. המודל מתאר את הסיטואציה של האדם מתוך תחום הבריאות/קשור בריאות. נציין כי הגדרת ארגון הבריאות העולמי של מושג הבריאות כ"רווחה, גופנית, נפשית וחברתית ולא רק היעדר מחלה" - מרחיבה מראש את עולם התוכן של המושג והקשריו. בסיווג ניתן לעשות שימוש, בין השאר, גם ככלי סטטיסטי המסייע בקידוד נתונים לגבי בריאות. הוא מציע מסגרת מושגית למידע שניתן ליישם על נושא הבריאות האישית כולל מניעה, קידום בריאות, שיפור ההשתתפות באמצעות הסרת חסמים חברתיים ועידוד אספקת תמיכה חברתית ותנאים מאפשרים. הוא שימושי גם ללמידת מערכות הבריאות הן בתחום ההערכה והן בעיצוב מדיניות.

הסיווג הוא אוניברסלי ומתייחס לכלל בני האדם – לאו דווקא לאנשים עם מוגבלות. ICF מסווג מצבי בריאות (מחלות, פציעות, לקויות שונות) **בנפרד מן האטיולוגיה**- המסווגת ב- ICD – הסיווג הבינלאומי למחלות. נהוג להתייחס לשני הסיווגים כמשלימים – כאשר תרומת ה ICF הנה בידע הנרחב שהוא מספק על תפקוד. המידע במודל מאורגן בשני חלקים: חלק 1 עוסק בתפקוד ומוגבלות - וחלק 2 מכסה את הפקטורים הקונטקסטואליים (תפקוד והגבלות בהשתתפות). **בחלק 1 ממופים מבני הגוף ותפקודיו (כולל תפקודים מנטליים ופסיכולוגיים) ובחלק 2 ממופים גורמי הסביבה.**

ככלל, **מוגבלות** נוצרת מאינטראקציה דינמית בין **מצב הבריאות** (נוכחות של ליקוי באחד או יותר מתפקודי/מבני הגוף), בין **מגבלות בפעילות** (קושי לבצע פעולות) ובין **גורמי הקשר (קונטקסטואליים)**. גורמי הקשר כוללים: 1. **חסמים בסביבה** (הנגשה, עמדות וכד') 2. **משתנים אישיים** (מאפייני הפרט ותפיסותיו הסובייקטיביות).

**תפקוד אופטימלי של הפרט** נתפס כתוצר יחסי הגומלין בין אינטגרציה תפקודית ומבנית של מערכות הגוף לבין אספקטים חיוביים בתחומי הפעילות וההשתתפות. **מוגבלות** הנה אינטראקציה בין הליקוי לבין אספקטים שליליים בפעילות ובהשתתפות. **הטבלה שלהלן ממחישה זאת (WHO,2002):**

חלק 1: תפקוד ומוגבלות		חלק 2: גורמי הקשר (קונטקסטואליים)	
מרכיבים	תפקודי גוף ומבני גוף	גורמי סביבה	גורמים אישיים
תחומים	תפקודי גוף מבני גוף	השפעות חיצוניות על תפקוד ומוגבלות	השפעות פנימיות על תפקוד ומוגבלות
מבנים	שינויים בתפקודים פיזיולוגיים	מאפיינים מאפשרים או מעכבים בסביבה	השפעה של תכונות האדם

	הפיזית, חברתית, ועולם העמדות	בסביבה סטנדרטית ביצוע (performance) הוצאה לפועל של משימות בסביבה המידית	שינויים במבנים אנטומיים	
אספקטים חיוביים	גורמים מאפשרים	פעילות השתתפות	אינטגרציה תפקודית ומבנית	ניתן לא ליישם

### מושגים מרכזיים ב ICF

1. ליקוי רפואי הוא בעיה או חוסר בתפקודי הגוף או במבני הגוף הנאמד/ת עפ"י הסטייה שלו/ה מן התפקוד המקובל – ללא נוכחות ליקוי. לדוגמא: שיתוק מוחין, איבר קטוע וכד'. הסטייה נמדדת ללא קשר לאטיולוגיה - ICF הנו ניטרלי בהקשר לאטיולוגיה ומתייחס לסטטוס הליקוי בהשוואה למצב הפיזיולוגי/מנטלי הנצפה באנשים ללא הלקות. מגבלות בפעילות (limitations) הנן קשיים בביצוע פעילויות. לדוגמא: אדם שליקויו הרפואי הנו רגל קטועה עשוי להדגים מגבלת פעילות של קושי בהליכה. רמת הפעילות יכולה להימדד עם או ללא אביזרי עזר.
2. הגבלות (restrictions) בהשתתפות הנן בעיות במעורבות בתחומי החיים השונים. לדוגמא: קושי לערוך קניות למשק הבית עקב אי נגישות המרכול, להשתתף בפעילות פנאי עקב אי נגישות התחבורה הציבורית, קושי למצוא עבודה בשל עמדות מעסיקים, אפליה וכד'. הגבלות בהשתתפות מניחות גורמים חיצוניים ללקות ולמגבלה בפעילות שנובעת ממנה – המעכבים את האדם מהשתתפות במעגלי החיים. מכאן נגזר כי תפקוד כמשמעותו בסיווג אינו נגזר מן הליקוי אלא מהאינטראקציה שמתקיימת בין הליקוי והמגבלה הנוצרת כתוצאה ממנו לבין מאפייני הסביבה ומאפיינים אישיים של האדם. (WHO, 2011). ההנחה: אין ביטוי מלא של פעילות ללא השתתפות חברתית.
3. גורמי הקשר (קונטקסטואליים) : מאפייני סביבה ומאפיינים אישיים:
  - 4.1. מאפייני הסביבה מסווגים ב ICF כסט רחב של משתנים: החל ממאפייני הסביבה הפיזית - אקלים, רעש איכות מים ואוויר, נגישות וכלה במעגלי תמיכה אישים, גישות ועמדות וכן מדיניות ושירותים – כולל חקיקה המבססת דרכי אספקת שירותים. כל אלה עשויים להוות חסמים או לחילופין לאפשר פעילות והשתתפות.
  - 4.2. מאפיינים אישיים של האדם: מגדר, מיניות, מוצא אתני, מורשת תרבותית, חינוך כמו גם ראייה ופרשנות סובייקטיבית דרכה חוה הפרט את מוגבלותו ואת העולם. מאפיינים אלה אינם מסווגים – השימוש בהם וניתוחם הוא על המשתמש.
  - 4.3. מרכיבי הפעילות וההשתתפות נמדדים בהקשר למידת יישומם בתחומי החיים המרכזיים הכוללים:
 

למידה ויישום ידע; משימות כלליות ודרישות; תקשורת; ניידות; טיפול עצמי; משק בית; תקשורת בינאישית ויחסים; תחומי חיים מרכזיים (לימודים ועבודה); חיי קהילה, חיים חברתיים ואזרחיים.

4.4 רמת הפעילות וההשתתפות בתחומי החיים נמדדת באמצעות שני מעריכים: ביצוע בפועל (performance) ויכולת (capacity).

**מעריך הביצוע PERFORMANCE** מתאר את האופן בו הפרט מתנהל בפועל בסביבה הקרובה שלו.

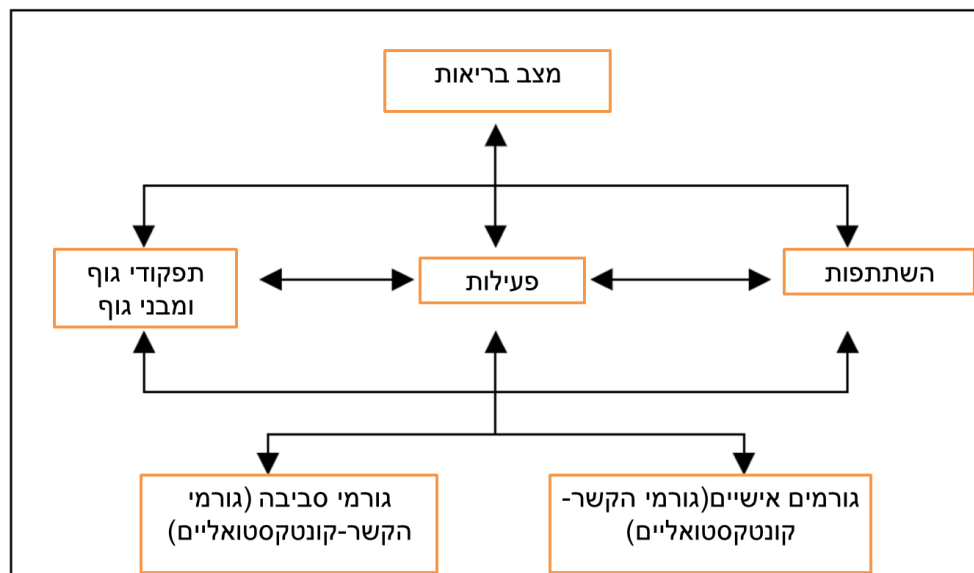
**היכולת CAPACITY** מתארת את הרמה הגבוהה ביותר של יכולת הפרט לבצע משימה או פעילות בתחום נתון וברגע נתון בסביבה סטנדרטית (סביבת אבחון) המנטרלת משתני סביבה המשפיעים על היכולת.

**יכולת ביצוע שונה בסביבת האבחון** תבטא את השוני בין הסביבות והשפעתו על התפקוד. המעריכים של יכולת וביצוע יכולים להיעשות עם וללא אמצעי עזר או סיוע אישי. עזרים או סיוע אישי אינם מבטלים את הליקוי אולם הם מסירים מגבלות בתפקוד בתחומים ספציפיים. קידוד זה עוזר להבין עד כמה רמת התפקוד יורדת ללא עזרי עזר. הערכת הביצוע והיכולת נמדדת עפ"י סטנדרט הביצוע/היכולת באוכלוסייה ללא הליקוי.

### 5. תפקוד ומוגבלות ב ICF

כסיווג, ICF אינו מבנה את תהליך התפקוד והמוגבלות. עם זאת, ניתן לעשות בו שימוש לתיאור התהליך דרך מיפוי התחומים והמבנים השונים. הוא מספק פרספקטיבות שונות לסיווג תפקוד ומוגבלות כתהליך אינטראקטיבי ומתפתח. במובן זה ניתן לראות בו שפה (WHO,2002).

הטבלה שלהלן – הלקוחה מתוך המודל, ממחישה את האפשרויות השונות להשפעה הדדית של הגורמים השונים במסגרת הערכת התפקוד עפ"י המודל:



כפי שמתואר בתרשים, תפקוד הפרט בתחום ספציפי מקיים אינטראקציה בין מצב הבריאות והגורמים הקונטקסטואליים (אישיים וסביבתיים). קיימת אינטראקציה דינמית בין היחידות: התערבות ביחידה אחת נושאת פוטנציאל לשינוי יחידה נוספת או יותר. האינטראקציות הללו אינן תמיד ניתנות לניבוי (גישה מערכתית הוליסטית). לכן חשוב לאסוף נתונים על מרכיבים אלו באופן עצמאי ורק אח"כ לחקור זיקות וקשרים סיבתיים ביניהם.

אם רוצים לתאר את חוויית הבריאות במלואה, כל המרכיבים שימושיים. לדוגמא: אדם יכול להיות: עם ליקוי ללא הגבלות ביכולת; עם מגבלות בביצוע וביכולת ללא ליקוי ידוע; עם בעיית ביצוע ללא ליקוי או מגבלה ביכולת; בעל מגבלה ביכולת ללא סיוע, וללא בעיות ביצוע בסביבה המידית שלו (בשל שימוש בטכנולוגיה מסייעת); לחוות השפעה בכיוון הפוך: אי שימוש באיברים עשוי להביא לאטרופיה של השרירים (WHO,2011).

## 6. יישומים אפשריים של המודל במינהל מוגבלויות:

6.1 שפה אוניברסלית לגבי תפקוד: הקמת מינהל מוגבלויות כרוכה במהלך מורכב של איחוד אוכלוסיות בעלות אבחנות ומאפיינים שונים, וכן טרמינולוגיות ושיטות התערבות מגוונות שהתפתחו במקביל ולעתים בנפרד בתוך שלושת האגפים שהיו אמונים על הטיפול באוכלוסיות השונות. אימוץ שפת ה-ICF כשפה אחידה לכל חלקי המינהל וזרועותיו (מטה, מחוז, מחלקות לשירותים חברתיים, מסגרות טיפול ונותני שירותים) - יקל על הבניית סטנדרטים מקצועיים ואחידים שיחולו על כל שלבי הטיפול באדם: החל מתהליך ההערכה וההכרה, וכלה בבניית תכנית אישית והסדרת אופן המעקב והפיקוח אחר ביצועה ומידת התקדמות האדם בתחומי החיים בהתאם לסיווג ולתכנית שנקבעה. כל זאת יעשה באמצעות סדרת כלים מבוססי ICF.

6.2 ניטרליות לגבי אבחנה פורמלית ואטיולוגיה: המודל כאמור אינו מתעלם מאבחנה ואטיולוגיה – (כמו גם המינהל) - בהיותן הבסיס הפורמלי ולעיתים החוקי להגדרת הזכאות לשירותים. יחד עם זאת, הוא יכול לשמש כבסיס לקיבוץ נתונים שונים ודומים על תפקוד אוכלוסיות ולספק מידע תומך ומשמעותי לגבי תפקודים וצרכים דומים בקרב אוכלוסיות שונות ומכאן – לגבי פיתוח שירותים חוצי-אבחנות ואטיולוגיות עפ"י קיבוץ נתונים על תפקוד וצרכים.

6.3 מוכוונות לאיכות חיים ולפרספקטיבות שונות לגבי תפקוד ומוגבלות: מבנה ה-ICF מכונן ואף מחייב את המשתמש להפעיל יותר מפרספקטיבה אחת לראיית האדם כמכלול: הוא מחייב הסתכלות מעמיקה, שיטתית ואינטגרטיבית על התפקוד הפיזי – כמו גם על סביבות האדם השונות ומידת החסמים/האפשרויות שהן מציבות בפניו. הסתכלות זו מהווה גם התבוננות עצמית של המשתמש בכלי (אנשי מקצוע במטה, במחוז ובמסגרות) לגבי מידת הלימת השירותים שהם מספקים לאדם וזיהוי החסמים שהם עצמם יוצרים. במובן זה ניתן לעשות בכלי שימוש ביקורתי המיועד לשיפור ואף לשינוי אופי השירות.

6.4 זיהוי גורמים ומשתנים אישיים – הנו אחד האתגרים שלפנתחנו. ICF מדגיש חשיבותם של משתנים אישיים אך אינו מסווג ומנתח אותם. בתחום זה מצויה התפיסה הסובייקטיבית של הפרט את עצמו ואת חייו ומידת הרווחה הנפשית שלו – שהנה חלק מהגדרת הבריאות. הבניית תחום זה – שהנו ליבת העיסוק של עבודה סוציאלית מתקשרת למושג הבסיס השני עליו נבנה מינהל מוגבלויות – תכנון מוכוון אדם. האתגר הניצב בפנינו הוא לעבוד עם הקטיגוריות של ICF וליצור שפה מקצועית סטנדרטית מחד, ומאידך – להטמיע את עקרונות שירות מוכוון אדם ולהציע כלים ליישום – אשר ישמשו את כל אנשי המקצוע במנהל לאורך רצף הטיפול באדם.

הפרק הבא יעסוק בשירות מוכוון אדם – הגדרתו ויישומיו האפשריים במסגרת מנהל מוגבלויות.

## פרק ב': שירות מוכוון אדם

בראשית הפרק הקודם הזכרנו את המתח בין המודל הרפואי והמודל החברתי – ומיקומו של ICF כמודל ביו-פסיכוסוציאלי המהווה מעין אינטגרציה בין השניים. ה ICF ממוקד בעיקר בסיווג מרכיבי האינטראקציה בין המצב הרפואי לסביבה אולם לוקח בחשבון את הפן האישי-סובייקטיבי של הפרט ורמת הרווחה הנפשית שלו כגורמים המשפיעים אף הם על התפקוד ועל חוויית הבריאות. המושג "רווחה נפשית" הנגזר מעולם התוכן של "איכות חיים" – רווח במחקר וקיימים כלים לבדיקתו. רוברט קמינס (Cummins 2006) בנה שאלון למדידת רווחה אישית סובייקטיבית המורכב משמונה פריטים המייצגים אספקטים מרכזיים של איכות חיים – חלקם מדדים אובייקטיביים כמו רמת חיים וחלקם סובייקטיביים כמו תחושת ביטחון ושביעות רצון כללית מהחיים. במחקריו נמצא כי תפיסת רווחה סובייקטיבית היא בעלת קשר למרכיבים אישיותיים מובנים הנשארים יציבים לאורך החיים למעט מקרי טראומות חריפות במיוחד (שנער גולן, 2010).

קיימת מחלוקת לגבי השאלון המלווה את המחקר לגבי "שביעות רצון" שעיקרה: מה גורם למה? האם התפיסה הסובייקטיבית הראשונית משפיעה על תפיסת המציאות האובייקטיבית כחיובית או שלילית או שההיפך הוא הנכון? דומה כי השאלה העומדת בבסיס המחלוקת מבטאה היטב את המורכבות בהמשגה ובהכללה של תפקיד החוויה האנושית הסובייקטיבית ומתקשרת היטב להנחות שעליהן בנוי ה ICF: אין גורם אחד המשפיע על תפקוד (ICF) כפי שאין גורם יחיד המשפיע על שביעות רצון (קמינס): מדובר תמיד באינטראקציה בין מרכיבים מובנים (ליקוי, גורמים אישיותיים) לבין מכלול רחב של נסיבות הקשורות בסביבה ובאדם עצמו. נדגיש, עם זאת, כי המושג "שביעות רצון" – קשור אמנם לעניינינו אך אינו מבטא אותו באופן מלא. עקרונות תכנון מוכוון אדם מכוונים קודם כל לרצון ובחירה – כאשר שביעות רצון עשויה להיות אחת התוצאות של ביטויים – אם כי לא בהכרח: בחירה עשויה להתגלות כמוטעית ולהסתוות במפח נפש. למושג הרצון ומימושו יש, אם כך, ערך וקיום לכשעצמם מעצם היותם ביטוי למהותנו הייחודית כבני אדם, בחינת "רצונו של אדם – כבודו".

**חלק מאנשים עם מוגבלות מגדירים עצמאות לא במונחים פיזיים אלא במונחים של שליטה. אנשים שבמובן הפיזי תלויים בזולתם כמעט לחלוטין עדיין יכולים ליהנות מעצמאות מחשבה ופעולה המאפשרת להם לקבל אחריות מלאה ופעילה על חייהם" (פרנץ' וסווין, 2001).** \*הכותבת – סאלי פרנץ' היא פסיכולוגית, אישה עם מוגבלות בעצמה וממנהיגות תנועת הנכים.

מושג הרצון גוזר מתוכו מושגים נוספים החשובים לענייננו: השליטה, האחריות והחופש לבחור: הפילוסוף ז'אן פול סארטר הגדיר אחריות כ"היות האדם יוצר בלעדי של אירוע או דבר". בעקבותיו, כותב הפסיכיאטר והמטפל ארווין יאלום (1980), כי "העולם מקבל משמעות רק באמצעות האופן שבו הוא נבנה ע"י האדם. אין משמעות בעולם מחוץ לאותו קיום או במנותק ממנו. למושג האחריות יש משמעות רק אם הפרט חופשי ליצור את העולם בכמה אופנים". אחריות אם כך, קשורה ליכולתו של אדם לבחור ולהיות אדון לחייו ולבחירותיו.

למעשה, עקרונות "תכנון מוכוון אדם" מחזירים אותנו אל הזרם ההומניסטי והאקזיסטנציאליסטי בפסיכולוגיה שעומד בבסיס העבודה הסוציאלית: "פירמידת הצרכים" של מסלו – שהכליל את הצורך במשמעות ובמימוש עצמי כאחד מן הצרכים הבסיסיים של האדם, קארל רוג'רס – הראשון שטבע את המושג "תרפיה ממוקדת לקוח", כמו גם אלפרד אדלר, ממייסדי הפסיכולוגיה האינדיבידואלית שראה את הנפש האנושית כמערכת הוליסטית הנמצאת בתנועה מתמדת לכיוון מטרות שהאדם בוחר, ויקטור פרנקל – שהדגיש את הצורך של האדם וליצור משמעות לחייו, ואחרים. בשנת 1963 הציע נשיא האגודה לפסיכולוגיה ההומניסטית חמש הנחות יסוד (יאלום, 1980) למיסוד ולכינון הגישה:

1. האדם כישות שלמה עולה על סך כל מרכיביו (דהיינו, אי אפשר להבין את מהות האדם ממחקר על חלקיו או תפקודיו).
2. ישותו של האדם מתבטאת בהקשר האנושי (דהיינו, אי אפשר להבין את האדם על פי חלקיו או תפקודיו כיוון שאלה מתעלמים מן החוויה הבינאישית).
3. האדם הוא ישות מודעת (ולכן, פסיכולוגיה שאינה מצליחה להכיר במודעותו העצמית רבת השכבות של האדם איננה יכולה להסביר את מהותו).
4. לאדם יש אפשרויות בחירה (האדם איננו עומד מן הצד ומביט על קיומו; הוא יוצר את חוויותיו).
5. לאדם יש כוונות (האדם מכוון לעתיד; יש לו מטרה, ערכים ומשמעות).

בניגוד לגישה הפרוידיאנית, שראתה את נפש האדם כמונעת ע"י דחפים לא מודעים, מדגישה הגישה ההומניסטית, את האדם כיצור אוטונומי, בעל רצון, כוונות, מטרות ומודעות עצמית אשר אינו יכול להיות מוגדר ומובן רק באמצעות חלקיו או תפקודיו. בבואנו להסביר את משמעותו של המושג "תכנון מכוון אדם", דומה שחמשת העקרונות הללו – שנוסחו בתחילת שנות השישים של המאה הקודמת – עדיין יפים לענייננו: בדו"ח לבדיקת נושא התקצוב האישי שהוגש לאחרונה לממשלת אירלנד מוגדר תכנון מכוון אדם כדרך לגלות באיזה אופן האדם רוצה לחיות את חייו ומה נדרש כדי לאפשר זאת. בראי התפיסה כולה – עיקר כוונת הדברים היא להכיר באדם כיצור את עולמו, להשיב לו את השליטה על חייו, לכבד את בחירותיו ורצונו ולסייע לו לממשן במידת האפשר.

החזרה אל עקרונות התפיסה ההומניסטית של חופש הרצון, הבחירה וההגדרה העצמית משקפת, שלא במקרה, התפתחות וגיוון בתפיסות בקרב תנועות הנכים ברחבי העולם: בעשורים האחרונים קיימת זיקה הדדית בין התרחשויות אידיאולוגיות וכיווני חשיבה בקרב תנועות הנכים לבין שינויים בקרב קובעי המדיניות - כפי שמוכיח מקרה ה-ICF. טום שייקספיר, חוקר עם מוגבלות וממנהיגי ונושאי דגל המודל החברתי בעבר, מנסח זאת כ"נטייה לראייה מורכבת יותר של המוגבלות כחוויה אנושית אוניברסלית" (Shakespeare, 2010). ככזאת – היא אינה ניתנת להגדרה ולהשגה אך ורק באמצעות חסמי החברה - בהיותה מתווכת תמיד ע"י תפיסתו הייחודית של הפרט. הדרך להבין מוגבלות באמצעות היותה חוויה האנושית האוניברסלית הקשורה למצבו של האדם, מחזירה אותנו אל האופן שבו בנוי ה-ICF: גם בסיווג זה, המגמה היא לתיאור אוניברסלי של התפקוד – כאשר מוגבלות מצויה על רצף התפקוד כולו ומושפעת הן מן הליקוי "האובייקטיבי", והן ממרכיבי סביבה וממרכיבים אישיים הקשורים לפרט ולבחירותיו.

דומה שלאחר שברמה הפוליטית התקבל עקרון הנגשת והתאמת הסביבה כזכות מזכויות האדם ועוגן בחקיקה במרבית ממדינות הרווחה (אם כי יישומו עדיין רחוק וספק אם יושג במלואו אי פעם), שב מוטה השיח לכיוון הסובייקטיבי של רצון הפרט ובעלותו על חייו ועל האופן שבו יגדיר את עולמו. זוהי, בתמצית מהותו של "שירות מכוון אדם".



## פרק ג': יישומים אפשריים של עקרונות שירות מוכוון אדם באינטגרציה עם מודל ה ICF במינהל מוגבלויות:

מאת: מארק שמיס – מנהל אגף בכיר הערכה, הכרה ותכניות

נילי דניאל – מנהלת תחום תכניות אישיות ושיטות התערבות

העיקרון של שירות מוכוון אדם טבעי וקל להבנה בעולם העבודה הסוציאלית אולם קשה מאוד ליישום קונקרטי. אחת המשמעויות המעשיות שלו הנה פירוק מבנה השירותים הקיימים ומעבר למערכת של תכניות אישיות המבוססות על תקצוב אישי שיותאם לרצון האדם ולצרכיו (ראה דו"ח צוות המשימה האירי, 2018).

מאחר ותהליך זה – אם יקרה – יהיה ארוך ומורכב ביותר, בעת הזאת ניתן לראות בשירות מוכוון אדם סדרת עקרונות המכוונים לאופן הסתכלות, חשיבה ותפיסה של האדם עם המוגבלות – "לקוח הקצה": נושא מימוש הרצון, הבחירה וההחלטה הנו מורכב ליישום – אך אפשרי. לגבי חלק מאוכלוסיית המינהל הוא מחייב הרחבת ההתייחסות למושגים כגון יכולת (capacity) כפי שהיא מוגדרת ב- ICF למשמעויות הרפואיות – משפטיות שלהם ולבחינת ההשלכות שיש לכך על אופן היישום. תהליך השינוי יחייב כלי אבחון מתאימים כמו גם תשומות תמיכה רבות. החלק הבא יציע אפשרויות ליישום והטמעת עקרונות "תכנון מוכוון אדם" בתוך מבנה המערכת הקיים היום:

### 1. ברמת המטה:

**1.1 ביצוע שינויים באפיון שירותים ומענים לאנשים עם מוגבלות**- סיווג מחדש של מסגרות ושירותים בשדה על פי רמות סיוע ותמיכה של לקוחות בתחומי חיים שונים ומאפייניהם הייחודיים ולא בהכרח על פי האבחנה והלקות.

**1.2 שילוב נושא הרצון כרעיון מרכזי (מובנה ומונגש) בתכנון ופיתוח מענים חדשים, בכלי אבחון והערכה ובכלי התערבות שונים:** התייחסות מובנית לרצונו של האדם כמרכיב מרכזי בתהליך פיתוח מענים חדשים ובניית תכנית ההתערבות - משלב ההערכה הראשוני במרכזי הערכה המוקמים בימים אלה עד שלב קבלת מענה וכתובת התכנית האישית. בניית פרוטוקול לבדיקת רצון האדם ולבדיקת התייחסות נותן השירות ושילובו הן בתוכנית האישית והן בכלי הפיקוח.

**1.3 פיתוח אמצעים וכלים להנגשה:** מיפוי אמצעי הנגשת התקשורת הקיימים לאנשים ברמות תפקוד שונות ומאפיינים שונים.

**1.4 מיפוי ויצירת "בנק" של כלי בדיקה והערכת שביעות רצון לקוחות** כולל הנגשתם במידת הצורך לשם שימוש שוטף בשדה.

**1.5 מיפוי ויצירת "בנק" כלים להערכת סיכון בתחומי התפקוד השונים:** אכילה, נידות, תקשורת, שיפוט וקוגניציה.

**1.6 מיפוי ופרסום שיטות ההתערבות הקיימות המתמקדות בעידוד לאוטונומיה ובחירה.**

**1.7 שילוב נושאי עידוד בחירה ואוטונומיה במערך הכשרות לצוותים בשדה.**



**1.8 בניית מערך הכשרות לאנשים עם מוגבלות** (גם במסגרות חוץ ביתיות) לנושא ניהול חיים עצמאיים, סנגור עצמי וקבלת החלטות.

**1.9 הטמעת נושא המלווה האישי במנהל – כשירות מקצועי מוסדר** לצורך תמיכה בקידום אוטונומיה וחיים מוכוונים רצון ובחירת האדם.

**1.10 שיתוף ציבור:** מקבלי ונותני שירותים – הן בקהילה והן במסגרות חוץ ביתיות להשגת הבנה מעמיקה יותר על האופן בו הם רואים את מושגי היסוד של "שירות מוכוון אדם".

**2. ברמת השדה** (מחלקות לש"ח, מרכזי הערכה, מסגרות קהילה ומסגרות חוץ-ביתיות).

**2.1** במרכזי הערכה- העמקה לגבי רצונות והעדפות מול כל לקוח. שילוב תוצר זה בדוח סיכום הערכה.

**2.2** בניית התכנית האישית של אדם סביב תחומי עניין, הרצון והבחירה, כולל בחינת החסמים.

**2.3** הכללת לפחות מטרה אחת - אשר הוגדרה על ידי האדם כהעדפה – בתוך התכנית האישית.

**2.4** ניהול דיאלוג עם האדם לגבי מטרות הקשורות בקידום התפקוד אשר לדעת הצוות המקצועי – חשוב לקדם.

**2.5** בחירת תחומי ההתערבות הסופית תיעשה יחד עם האדם.

**2.6** בחינת שביעות רצון האדם כחלק מן הבדיקה התקופתית של התכנית האישית.

**2.7** עירוב השוהים במסגרת ככל הניתן בהחלטות לגבי תחומי התוכן והפעילות המתבצעת.

**2.8** הטמעת עקרונות הבחירה והרצון בהתנהלות היומיומית הכוללת של המסגרת והדרכת הצוות בהתאם – החל ממטפלים אישיים וכלה בצוות רב מקצועי.

**2.9** הכוונת התכנית האישית למטרות הקשורות בהשגת יתר אוטונומיה ושליטה של האדם בחייו.

**2.10** תכנון פעילות שנתית של המסגרת בתחומים שונים בהתבסס על צרכים, רצונות והעדפות של לקוחות כפי שבאים לידי ביטוי בתכניותיהם האישיות.

**2.11** שיתוף לקוחות המסגרת בתחומים הקשורים לחיי שגרה במסגרת- תכנון סדר יום, תפריט, פעילויות קבוצתיות שונות ועוד.

### **3. ברמת הפיקוח המחוזי:**

**בחינת התנהלות המסגרת בהתאם לעקרונות של שרות מוכוון אדם בראי מודל ICF- צרכים ותפקוד, רצון, בחירה, השתתפות- בתחומים שונים:**

**3.1** שגרת חיים במסגרת- סדר יום, תכנון וניהול פעילות במסגרת

**3.2** סביבת חיים/פעילות- סביבה נגישה ומותאמת למאפייני לקוחות ותפקודם.

**3.3** תכניות אישיות

**3.4** תפיסה מקצועית ובחירת שיטות התערבות

**3.5** תכנון פעילות שנתית

**3.6** פיתוח צוות והכשרה

#### מקורות:

אמנה בדבר זכויות אנשים עם מוגבלות (2006): משרד המשפטים.  
דרייקורס, ר. (1967/2000), פסיכותרפיה, פסיכודינמיקה וייעוץ, מודן הוצאה לאור  
חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (1998): משרד המשפטים.  
יאלום, א. (2011). פסיכותרפיה אקזיסטנציאליסטית, הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית,  
ירושלים.  
רימרמן, א., ארטמן-ברגמן, ט, (2005). חקיקת זכויות נכים ויישומה בישראל – מגמות  
וכיוונים עתידיים: ביטחון סוציאלי, מס' 69, 31-11.  
פרנקל, ו. האדם מחפש משמעות, תל אביב: דביר, 1970.  
פרנץ', ס, סווין, ג, (2016). לקראת מודל אפירמטיבי של מוגבלות – מקראה, ון ליר, הקיבוץ  
המאוחד.  
שייקספיר, ט, (2016). המודל החברתי של מוגבלות: לימודי מוגבלות – מקראה, ון ליר,  
הקיבוץ המאוחד.  
שנער-גולן, ו. (2010) רווחה אישית של נשים עם מוגבלות המשתתפות בתכניות שיקום  
תעסוקתיות: אוניברסיטת חיפה.

Cummins, R.A & Lau, A.L.D (2006). Personal Well Being Index (4<sup>th</sup>ed.). Melbourne  
Center on Quality of Life, Deakin University.

Maslow, A.H.(1962). Towards a Psychology of Being. Princeton: D Van Nostrand  
Company.

Rogers, C.R. (1951). Client-Centered Therapy; its current practice, implications, and  
theory. Oxford, England: Houghton Mifflin.

Towards Personalised Budgets for People with a Disability in Ireland: Report of the  
task force on personalized budgets: (2018).Department of Health, Ireland.

World Health Organization (2002). International Classification of functioning,  
disability and health, Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2011). World Report on Disability (p. 1-13) Geneva:  
World Health Organization.