

מדינת ישראל
משרד הביטחון



הוראת אגף שיקום נכים מס' 50.21

הנושא : טיפול באמצעות היפותרפיה (רכיבה טיפולית על סוסים)

תאריך : 1.12.2010

מס' עמודים : 9

כללי

1. הוראה זו מחליפה הוראה מס' 50.21 מתאריך 1.7.2008, ובאה לקבוע הזכאות ודרכי הטיפול בהפניית נכה לטיפול באמצעות היפותרפיה (רכיבה טיפולית על סוסים).
2. הוראה זו מבטלת כל חוזר רפואי קודם, העוסק בטיפול באמצעות רכיבה על סוסים, ובכלל זה חוזר מספר 1207.
3. הוראה זו מתבססת על סעיף 43 א' ו- ג' בחוק הנכים "טיפול במחלה שחלה בה, או בחבלה שנחבל בה, עקב שירותו".
4. רופא מוסמך מחוזי הינו בעל הסמכות והאחריות לביצועה התקין של הוראה זו.
5. ראש היחידה לשירותים רפואיים והרופא המוסמך הראשי הינו בעל הסמכות והאחריות להנחיה, עידכון ובקרה של אופן הביצוע התקין של הוראה זו.

עקרונות

6. טיפול באמצעות היפותרפיה הינו אמצעי טיפולי לנכים משותקים ולפגועי ראש (על פגיעה מוחית), לפי הוראה רפואית, וכמפורט בהוראה זו, והוא שייך לטיפולים הפארא-רפואיים אותם מספק אגף שיקום נכים.
7. בסמכותו של רופא מוסמך מחוזי להחליט לשלוח נכה לטיפול באמצעות היפותרפיה, על פי המלצת רופא שיקום מומחה, מהמרפאה המיוחדת לרכיבה טיפולית על סוסים, ובאמצעות הפנייה שתוציא עובדת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז.

הגדרות

8. **הסמכת מועדון רכיבה** – לעניין הוראה זו – מועדון רכיבה, ו/או חווה טיפולית, שהוסמך ע"י הרופא המוסמך הראשי של משהב"ט, לאחר שנקבע, כי הוא עומד בתנאים הבאים :

- א. יש בה צוות טיפולי, הכולל לפחות מדריך רכיבה טיפולית ועוד פיזיותרפיסט
- ב. ציוד, עפ"י דרישות אגף שיקום נכים, כמפורט בנספח א'.
- ג. ביטוח צד ג', עפ"י דרישות אגף שיקום נכים, ובאישור חטיבת ביטוח ותביעות של משהב"ט, כמפורט בנספח א'.
- ד. נגישות לנכים, עפ"י דרישות אגף שיקום נכים, כמפורט בנספח א'.

מידרג סמכויות אישור

9. לרופא המוסמך המחוזי יש סמכות ואחריות לטפל בבקשת הזכאות ולאשרה, ובלבד שהפונה עמד באופן ברור וחד משמעי בקריטריונים המפורטים בהוראה זו.
10. במקרה של ערעור על החלטת הרופא המוסמך המחוזי, רשאי הפונה לפנות לרופא המרחבי, אשר יחליט אם לאשר בקשתו, או לדחותה.
11. בכל אחד מהמקרים הנ"ל יפרט הרופא המרחבי את הסיבות והנימוקים להחלטתו ויחזירם להמשך טיפול במחוז.
12. במקרה של ערעור על החלטת הרופא המרחבי, רשאי הפונה לפנות אל הרופא המוסמך הראשי.

זכאות

13. נכה המוכר ע"י משהב"ט על פגיעה כלהלן:
- א. **משותק**, בדרגת נכות 80% ויותר על שיתוק.
- ב. **פגוע ראש** בדרגת נכות 60% ויותר על **פגיעה מוחית**

קריטריון לאישור הזכאות

14. קביעה **בכתב** של רופא שיקום מומחה המאשר, כי הנכה מתאים להיות מטופל בהיפותרפיה, עפ"י מכתב מפורט למחלקה לשירותים רפואיים במחוז בו מטופל הנכה.

גובה הסיוע

15. הפנייה לאחד ממועדוני הרכיבה שהוסמכו לכך, כמפורט בסעיפי "הגדרות" בהוראה זו.

אופן הטיפול

16. נכה משותק, או פגוע ראש כמוגדר בסעיפי "זכאות" בהוראה זו, המבקש הפנייה לצורך טיפול באמצעות היפותרפיה, יפנה למחלקה לשירותים רפואיים במחוז השיקום בו הוא מטופל.
17. הרופא המוסמך המחוזי יחליט באם הנכה עומד בקריטריונים לטיפול זה.
18. המחלקה לשירותים רפואיים תתאם עבורו ביקור במרפאה המיוחדת לרכיבה טיפולית על סוסים (מרפאת היפותרפיה) ותפנה את הנכה לבדיקה.
19. רופא השיקום המומחה מהמרפאה המיוחדת לרכיבה טיפולית על סוסים יודיע לרופא המוסמך המחוזי, כי הנכה מתאים להיות מטופל בהיפותרפיה.
20. על הרופא המחוזי לבחון את הצורך בטיפול הנ"ל, על בסיס מכתבו של רופא השיקום המומחה, ואת עמידתו בקריטריונים המפורטים בהוראה זו.
21. הרופא המוסמך המחוזי יקבע את הזכאות ויזין את החלטתו במסך "מסגרת טיפול", תוך שהוא מוודא, שסך כל הטיפולים הפיזיקליים לנכה +100% לא יעלה על 5 טיפולים בשבוע.
22. הרופא המוסמך המחוזי ינחה את עובדת המחלקה לשירותים רפואיים להוציא הפנייה לנכה.
23. עובדת המחלקה לשירותים רפואיים תוודא, כי ההפנייה הינה לתקופה שנקצבה ע"י הרופא המחוזי, תפיק אותה, ותמסור אותה לנכה.
24. הטיפול המאושר יהיה לתקופה של עד שנה אחת, ותוקפה של החלטה זו יהיה לשנה קלנדרית אחת.
25. אם קיים צורך לתקופה נוספת של טיפול באמצעות היפותרפיה - עובדת המחלקה לשירותים רפואיים תבדוק את זכאותו במחשב במסך "מסגרת טיפול", ובמקביל תבדוק הפניות אחרות לטיפולים פיזיקליים נוספים, בתיקו של הנכה.
26. היה והארכת התקופה, נכללת במסגרת משך הזמן שהוגדר ע"י הרופא המחוזי במסך "מסגרת טיפול" – תפיק הפנייה נוספת ותמסור אותה לנכה.
27. כאשר הארכת התקופה, הינה מעבר למוגדר בהחלטה הקודמת - תפנה עובדת המחלקה לשירותים רפואיים את הנכה לבדיקה חוזרת במרפאת ההיפותרפיה למעקב והחלטה על הצורך בהמשך טיפול. אין לאשר טיפול חריג ללא המלצת הנ"ל.
28. הרופא המוסמך המחוזי יחליט, לפי שיקול דעתו, ובהסתמך על ההמלצה של מרפאת היפותרפיה על הצורך בהמשך הטיפול.
29. המשך הטיפול הינו במפורט למעלה.

30. במסגרת המאמץ המתמיד לשיפור השירות לזכאים – על הרופא המחוזי לוודא השלמת הטיפול בבקשה, שאיננה מחייבת התערבות הרופא המרחבי, ומשלוח ההודעה לפונה – בתוך מסגרת זמן שלא תעלה על 14 ימים ממועד המצאת כל המסמכים ע"י הפונה.

קותי מור

סמנכ"ל וראש אגף שיקום נכים

נספח א' להוראה 50.21

אישור חווה לרכיבה טיפולית על סוסים ע"י משרד הביטחון

אל:

**הרופא המוסמך הראשי
אגף שיקום נכים, משרד הביטחון,**

הריני מבקש להסמיך את החווה לרכיבה טיפולית על סוסים, ע"י משרד הביטחון, בהתאם להוראת אגף שיקום נכים מס' 50.21, על בסיס הפרטים הבאים:

1. פרטי החווה:

שם החווה: _____

מיקום החווה: _____

טלפון: _____

שם מנהל החווה: _____ מס. ת.ז.: _____

סוגי הפעילות בחווה:

סוגי הסוסים בחווה, הגזע ומספרם:

2. פרטי המדריך לרכיבה טיפולית:

שם המדריך לרכיבה טיפולית: _____ מס. ת.ז.: _____

שנות ניסיון בהדרכת רכיבה טיפולית: _____

המסגרת בה נעשתה ההכשרה להדרכת רכיבה טיפולית:

מקומות עבודה בהדרכת רכיבה טיפולית, תחומי הפעילות והשנים בהם בוצעה:

3. פרטי הפיזיותרפיסט הקשור עם תכנית הרכיבה הטיפולית:

שם הפיזיותרפיסט הקשור עם תכנית הרכיבה הטיפולית: _____

מס. ת.ז.: _____ מקום עבודה: _____

שנות ניסיון בפיזיותרפיה: _____

פירוט ניסיון מקומות עבודה ותחומי העבודה בפיזיותרפיה:

4. פרטי הביטוחים:

סוג פוליסת הביטוח של חוות הסוסים:

מספר הפוליסה: _____ חברת הביטוח: _____

בתוקף עד: _____

פרטים נוספים: _____

סוג פוליסת הביטוח "צד ג'" של כל באי חוות הסוסים:

מספר הפוליסה: _____ חברת הביטוח: _____

בתוקף עד: _____

פרטים נוספים: _____

5. פירוט תנאים מותאמים לנכים:

תנאים מותאמים לנכים	כן	לא	הערות
גישה לרכב קרוב למגרש הרכיבה	כן	לא	
גישה לכיסא גלגלים עד מקום העליה על הסוס	כן	לא	
חדר הלבשה	כן	לא	
שירותים	כן	לא	
שירותים מותאמים לנכים	כן	לא	
טלפון בחווה המאפשר קריאה דחופה לגורמי רפואה	כן	לא	<u>פרט מספר:</u>
<u>ציוד עזרה ראשונה</u>	כן	לא	<u>פרט:</u>

<u>תכנית פיננסי במקרה חירום</u>	כן	לא	<u>פרט:</u>

הערות: _____

6. מימשק וציוד בחווה:

רמפה מותאמת לעליית נכים, אפשרות עלייה ברגל וגישה בכסא גלגלים: כן / לא

פרט את הקיים בחווה במילים: _____

מגרש רכיבה מבודד עד כמה שניתן: כן / לא

פרט את הקיים בחווה במילים: _____

פתחים ומעברים לסוסים ורוכבים המאפשרים מעבר חופשי ובטוח לסוס ולמלווה: כן / לא

פרט את הקיים בחווה במילים: _____

פירוט בטיחות המתקנים בחווה:

מגרש, רמפה, תאי סוסים (פתח יציאה- 50 מ' לפחות), מדרגות, שיפועים, מקום טיפול בסוסים, תאורה, גדרות ומעקות בטיחות, חניה, שירותים

על כל המתקנים להיות ברמת תחזוקה ובטיחות שיתאימו לאוכלוסיה בעלת מגבלות גופניות, מבוגרים וילדים.

7. פירוט ציוד רכיבה בחווה:

הערות	לא	כן	ציוד רכיבה מותאם בחווה
	בוקרים	ספורט	<u>אוכף</u> : ספורט / בוקרים
	לא	כן	שמיכות טיפוליות
	לא	כן	חגורת מתניים
	לא	כן	חגורת וולסג
	Dewen shore	Peacock	מגיני ארכובות
<u>פרט:</u>	לא	כן	כובעי רכיבה בטיחותיים בעלי תקן (אמריקאי/אירופי)
<u>פרט:</u>	לא	כן	מושכות מותאמות לליקויים בתיפקוד היד, למיגוון רחב של מטופלים
על כל הציוד להיות ברמת תחזוקה ובטיחות מירבית			

הצהרת מנהל החווה

הריני מתחייב, כי המדריך לרכיבה טיפולית שפרטיו רשומים בטופס זה, יהיה נוכח בזמן שיעורי הרכיבה, וכי הפיזיותרפיסט, שפרטיו רשומים בטופס זה, יהיה מעורב בתכנית הטיפול

כי כל הסוסים הינם בעלי אופי נוח ורגועים בטיפול וברכיבה, וכי כולם מפורזלים בהתאם לתנאי השטח בו עליהם לעבוד.

הריני מצהיר בזאת, כי כל הפרטים שנמסרו בבקשה זו להסמכת החווה ע"י משהב"ט הינם נכונים ומדויקים,

שם המנהל המצהיר: _____

ת.ז.: _____

תאריך החתימה: _____ חתימת המצהיר: _____