

# סקירות ספרות

כלי הערכה ודרכי  
טיפול באנשים  
מזדקנים עם  
מוגבלות שכלית  
התפתחותית או  
עם תפקוד שכלי  
גבולי

ד"ר דניאל שפרלינג  
פרופ' שונית רייטר  
ד"ר ליאת יוספסברג  
בן-יהושע

ירושלים | תמוז התשע"ז | יולי 2017

---

סדרת מסמכים בעריכת:  
ד"ר **דליה ניסים**, מנהלת תחום תכנון מדיניות (לשעבר)  
**ומיטל ויסמן צברי**, ממונה על תחום ניהול ידע

**מתוויה** - אגף למחקר, תכנון והכשרה  
משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים

---

עריכת לשון: **יהודית וילנר**  
עיצוב: **דפוס מאור-ולך**  
הבאה לדפוס: **לאה כהן**

---

---

**כלי הערכה ודרכי טיפול באנשים מזדקנים עם מוגבלות  
שכלית התפתחותית או עם תפקוד שכלי גבולי**

**סקירת ספרות**

---

ד"ר דניאל שפרינג - כותב ועורך תוכן סקירות מידע  
במרכז המידע הבין-מכללתי במכון מופ"ת.

פרופ' שונית רייטר - פרופסור אמריטה בפקולטה  
לחינוך שבאוניברסיטת חיפה.

ליאת יוספברג בן-יהושע - מנהלת מרכז המידע  
הבין-מכללתי במכון מופ"ת.

---

---

# תקציר

---

סקירה זו מבקשת לעסוק במעמדם של מזדקנים וזקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה), לבחון את מאפייניהם הבריאותיים, הרגשיים, החברתיים והקוגניטיביים, לאתר את דרכי ההערכה, המדידה והאבחון של אוכלוסייה זו ולדון בצרכיה השונים. מטרתה היא ליצור מסד מבוסס-ראיות לאיתור אוכלוסייה זו ולבחון דרכי תמיכה וטיפול מגוונות, הנותנות מענה לצרכים ולמאפיינים המיוחדים שלה. נקודת המוצא התאורטית של סקירה זו משלבת בין הגישה ההומניסטית ובין הגישה החברתית למוגבלות לצורך איתור, הערכה וטיפול באוכלוסייה זו.

הסקירה כוללת ידע מחקרי לצד ניסיון קליני ומעשי מישראל וממדינות נוספות, במיוחד ארה"ב, אנגליה, אוסטרליה ואירלנד. בחינת סלי השירותים השונים המיועדים לאוכלוסייה זו, מיהותם של הגופים הממשלתיים והחוף-ממשלתיים המעניקים את השירותים ותהליכי גיבושה של מדיניות חברתית העוסקת באוכלוסייה זו עשויים לשמש את קובעי המדיניות בהתוויית מדיניות המותאמת לצרכיה המיוחדים. מדיניות שתביא בחשבון את ההיבטים השונים בסקירה תהלום עקרונות יסוד של הומניזם ודמוקרטיה והיא עשויה לקדם את רווחתה של אוכלוסייה זו באופן אפקטיבי ומתמשך.

**מילות מפתח:** אנשים עם מוגבלויות; זיקנה; מוגבלות שכלית-התפתחותית; שירותי רווחה.

---

# תוכן העניינים

---

4	תקציר
7	מבוא
8	מוגבלות בישראל
9	מוגבלות שכלית התפתחותית בישראל
9	זקנה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית
10	תאוריות העוסקות במוגבלות
12	מצב משפטי
14	מתודולוגיה
	<b>מאפיינים בריאותיים, רגשיים, חברתיים וקוגניטיביים של מזדקנים עם תפקוד שכלי גבולי ועם לקויות למידה מורכבות</b>
15	מאפיינים בריאותיים
15	מאפיינים רגשיים
18	מאפיינים חברתיים
18	מאפיינים קוגניטיביים
19	<b>מאפיינים של אוכלוסייה עם תפקוד שכלי גבולי</b>
20	<b>כלי הערכה ומדידה</b>
21	<b>צורכי האוכלוסייה המזדקנת עם מוגבלות שכלית</b>
26	מגורים
26	צרכים הקשורים לפרישה מתעסוקה
27	תמיכה כלכלית
27	קידום בריאות טובה
27	אבחון, טיפול ושיקום
28	צרכים של משפחות שהן הגורם המטפל העיקרי בבעלי מוגבלות שכלית
28	פנאי, תרבות וחינוך
28	התמודדות עם מוות
29	סנגור והגנה
29	תיאום בין שירותים

- 30..... **טיפול במזדקנים עם תפקוד שכלי גבולי או לקויות למידה**  
 חובות התמיכה ותכניות השירותים מכוח המשפט ונורמות שקבעו איגודים  
 מקצועיים.....
- 30.....
- 31..... **תכניות ושירותים למזדקנים עם מש"ה בישראל ובעולם**  
 שירותים הניתנים בישראל.....
- 31.....
- 32..... **מערכי דיור למזדקנים עם מש"ה בישראל - מודלים לדוגמה**  
 מערך דיור ק.ש.ר הפרחים.....
- 32.....
- 34..... **כפר עידוד**  
 שירותים הניתנים בעולם - מבוא.....
- 36.....
- 37..... **ארה"ב**  
 רכז שירותים לאוכלוסייה עם מש"ה.....
- 38.....
- 39..... **מדדים לבחינת תפוקות שירותים**  
 אנגליה.....
- 39.....
- 40..... **פתרונות מגורים**  
 ניו סאות' ויילס, אוסטרליה.....
- 42.....
- 44..... **אירלנד**  
**דיון ומסקנות**  
**רשימת מקורות**
- 45.....
- 51.....
- 63..... **רשימת פרסומים נבחרים של מתו"ה - אגף מחקר, תכנון והכשרה**  
**לשנים 2012 - 2017:**

---

# מבוא

---

לכאחוז אחד מאוכלוסיית העולם יש מוגבלות שכלית התפתחותית (להלן: מש"ה). מוגבלות זו, שראשיתה לפני גיל 18, מתאפיינת בהגבלה משמעותית בתפקוד השכלי ובהתנהגות המסתגלת כפי שהם באים לידי ביטוי במיומנויות תפיסתיות, חברתיות ומעשיות (קדרי, 2015).<sup>1</sup> הגדרת ארגון הבריאות העולמי למוגבלות שכלית עודכנה בשנים האחרונות וכעת היא כוללת את המוגבלות השכלית בקבוצת הפרעות ההתפתחותיות, לצד אוטיזם ותסמונת דאון, בקטגוריה "הפרעות נפשיות". מוגבלות שכלית, לפי הגדרה זו, מאופיינת בהפרעה במיומנויות מגוונות מבחינה התפתחותית, למשל התפתחות קוגניטיבית והתנהגות מסתגלת (אדפטיבית) (World Health Organization, 2016). הגדרה זו משלבת בין גישת האיגוד האמריקני למוגבלות שכלית התפתחותית הרואה במוגבלות שכלית חלק ממוגבלות התפתחותית כללית, לבין גישת איגוד הפסיכיאטריה האמריקני המתייחס למוגבלות זו כאל הפרעה נירולוגית. הנחת היסוד של ארגון הבריאות בהגדרה המופיעה במהדורה העדכנית של סיווג המחלות הבין-לאומי (ICD-11) היא שציון IQ הוא רק חלק מהאבחנה ונדרשת גם בחינה רב-ממדית של מאפיינים תפקודיים, מאפיינים אישיים וצורכי תמיכה (קדרי, 2015, עמ' 21-22).

מוגבלות שכלית התפתחותית היא רצף המתחיל בתפקוד שכלי גבולי (borderline intellectual functioning) (Peltopuro, Ahonen, Kaartinen, Seppälä & Närhi, 2014; Salvador-Carulla et al., 2013) ומתאר מנת משכל של עד 2 סטיות תקן מהמוצע (30 נקודות) (British Psychological Society, 2015; Jankowska, Bogdanowicz & Shaw, 2012), ומגיע עד לקויות למידה מורכבות. היא מתפתחת ממגוון גורמים, שהשכיחים שבהם הם פגיעות חיצוניות או פנימיות בזמן ההיריון או הלידה, השפעות של אלכוהול וסמים, פגיעות פיזיות, שינויים מטבוליים וסיבות גנטיות. לרוב הלקות מופיעה בעקבות פגיעה המתרחשת לפני הלידה או סמוך לה (שלום, בן שמחון וגורן, 2015).

התפתחות הטכנולוגיה הרפואית ושיפור משמעותי באיכות החיים של קבוצה זו בשנים האחרונות הביאו לכך שיותר ויותר אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מגיעים לגילי זקנה. ההערכות הן שעד שנת 2020 תכפיל אוכלוסיית האנשים הזקנים עם מש"ה את גודלה בהשוואה לשנת 1990 (Janicki & Dalton, 2000). החברה והמדינה נדרשות לתת מענה לצרכים של אנשים אלה ולספק להם תנאים שיאפשרו להם להזדקן ולסיים את חייהם בכבוד ובאופן המותאם ביותר לצורכיהם. הספרות מהשנים האחרונות מלמדת על מאפיינים רפואיים, חברתיים ורגשיים מיוחדים, המכתיבים צורך בהתאמה טובה

---

1 באנגלית המונח מוגבלות שכלית (intellectual disability) מפרט חלק מהמונח הכולל מוגבלות התפתחותית (developmental disability) והוא מתאר שיבוש קוגניטיבי משמעותי הצפוי לחול כל החיים (Robinson, Dauenhauer, Bishop & Baxter, 2012).

יותר של מדיניות רווחה כוללת וייעודית (Hahn, Fox & Janicki, 2015; Hogg, Lucchino, Wang & Janicki, 2001). סקירה זו מבקשת להתחקות אחר מאפיינים אלה וללמוד על תכניות רווחה במדינות שונות בעולם, כדי שישמשו השראה ומדד לבחינה של תכנית דומה בישראל.

## מוגבלות בישראל

נכון לשנת 2013, כ-20% מהאוכלוסייה הכללית בישראל הם אנשים עם מוגבלויות.<sup>2</sup> 45% מהם אינם בגיל העבודה. 58% מבני 65 ומעלה ו-62% מבני 75 ומעלה הם אנשים עם מוגבלות, ובהם שיעור גבוה יותר מקרב נשים (60%) לעומת השיעור מקרב גברים (47%) (ברלב ואחרים, 2015, עמ' 5). 10% מהאנשים עם מוגבלות בני 65 ומעלה מתגוררים במוסדות.

ממצאים נוספים שעלו בסקר שהוזכר לעיל נוגעים לנושא הסקירה: 17% מהאנשים עם מוגבלות מעל גיל 65 חשים לא בטוחים ללכת לבד בחשכה באזור מגוריהם. באשר למצב החברתי, 31% מהאנשים עם מוגבלות חמורה ו-22% מהאנשים עם מוגבלות מתונה מדווחים כי אין להם חברים לשוחח או להיפגש עמם בהשוואה ל-16% מהאנשים ללא מוגבלות. 30% מהאנשים עם מוגבלות חמורה בני 65 ומעלה גרים בגפם לעומת 23% מהאנשים עם מוגבלות מתונה ו-20% מהאנשים ללא מוגבלות.

בעניין המצב הכלכלי, בקרב בני 65 ומעלה 10% מהאנשים עם מוגבלות חמורה (מוגבלות שמפריעה להם מאוד) ו-5% מהאנשים עם מוגבלות מתונה (מוגבלות שמפריעה להם) מדווחים כי אינם מצליחים לכסות את ההוצאות החודשיות שלהם לעומת 2% מהאנשים ללא מוגבלות (ברלב ואחרים, 2015, עמ' 7); 25% מהאנשים עם מוגבלות בני 65 ומעלה מדווחים כי הם מוטרדים מכך שבעתיד יהיו תלויים כלכלית באחרים; 31% מהם חשים כי חלה החמרה במצבם הכלכלי בחמש השנים האחרונות.

באשר למצבה החברתי של קבוצה זו, 30% מאנשים עם מוגבלות חמורה בני 65 ומעלה גרים בגפם לעומת 23% מבעלי המוגבלות המתונה ו-20% מאנשים ללא מוגבלות. בנוגע למצב הרפואי בשנה שלפני הסקר, 95% מהאנשים עם מוגבלות בני 65 ומעלה מדווחים כי נזקקו לטיפול רפואי לעומת 69% מהאנשים ללא מוגבלות בגילים אלה; 15% מהאנשים עם מוגבלות בני 65 ומעלה ויתרו על טיפול רפואי שנזקקו לו, לעומת 6% מהאנשים ללא מוגבלות; ו-56% מהם ויתרו על טיפול שיניים; 16% מהאנשים עם מוגבלות מדווחים על קושי רב לזכור או להתרכז או על חוסר יכולת להתרכז כלל. בקרב אנשים עם מוגבלות מעל גיל 65 המתגוררים בקהילה שיעור זה מגיע ל-23%.

---

2 בסקר החברתי שעליו מבוסס הנתון מוגבלות מוגדרת בעיה בריאותית או פיזית כלשהי הקיימת שישה חודשים או יותר ומפריעה בפעולות יומיומיות (ברלב, קרן-אברהם, הבר ואדמון-ריק, 2015, עמ' 19).



## מוגבלות שכלית התפתחותית בישראל

בישראל שיעור האנשים עם מש"ה שהיו רשומים במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות בשנת 2014 הוא 4.1 לאלף מכלל האוכלוסייה ובסך הכול 33,589 איש. בשנים 2005-2014 חלה עלייה מתונה ומתמשכת במספר האנשים עם מש"ה, שברובה הייתה עלייה דמוגרפית. גברים הם יותר ממחצית מהאוכלוסייה המטופלת (57%) בשיעור דומה בכל הגילים. השיעור המתקנן לפי גיל של אנשים עם מש"ה באוכלוסייה הערבית עומד על 6.6 לאלף איש בהשוואה ל-3.5 באוכלוסייה היהודית. בקרב יוצאי אסיה ואפריקה נמצא שיעור אנשים עם מש"ה גבוה יותר מזה שבקרב יוצאי אמריקה ואירופה הן בילידי חו"ל הן בילידי הארץ. הריכוז הגבוה ביותר של אנשים עם מש"ה בישראל נמצא במחוזות חיפה והצפון ובאר שבע והדרום. באשר למאפיינים הסוציו-אקונומיים של אוכלוסייה זו נמצא כי באשכולות החברתיים הנמוכים שיעור האנשים עם מש"ה הוא מהגבוהים ביותר.

תוחלת החיים של אנשים עם מש"ה בישראל היא 61 שנה בממוצע, לעומת תוחלת החיים הממוצעת באוכלוסייה הכללית שהיא 81 שנה. עם זאת, הפער הזה קטן ומצטמצם עם העלייה בגיל עד הגילים 65 ומעלה - שבהם ההבדלים בין שתי הקבוצות כמעט נעלמים. כ-30% מהאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הם בני 45 ומעלה ומתוכם יותר מ-4% (כ-1400 איש) הם בני 65 ומעלה (עמינדב וניסים, 2015). שיעור האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מקרב גילאי 55 ומעלה בעולם עומד על 0.13%-0.5% (Bigby, 2010).

בישראל, מרבית האנשים עם מש"ה (כ-68%) מתגוררים עם בני משפחותיהם ואילו היתר גרים במסגרות חוץ-ביתיות. כחמישית (21.7%) גרים במעונות פנימייה והשאר גרים במסגרות אחרות, למשל הוסטל, מערך דירות ומשפחות אומנה. מספר האנשים עם מש"ה שגר במסגרות דיור בקהילה כמעט והכפיל את עצמו בשנים 2001-2014 הודות למדיניות מכוונת של משרד הרווחה (שלום ואחרים, 2015). אנשים המתגוררים בדיור חוץ-ביתי הם לרוב עם מש"ה ברמה בינונית-נמוכה או קשה ועמוקה או עם מגבלות פיזיות קשות. ככל שגילם של האנשים עם מש"ה עולה גדל היקף השימוש בדיור חוץ-ביתי. כך, בעוד ש-9% מהילדים עם מש"ה עד גיל 6 מתגוררים בדיור חוץ-ביתי, שיעור זה גדל ל-45% בקרב אנשים עם מש"ה מעל גיל 47 (שלום ואחרים, 2015).<sup>3</sup>

## זקנה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

תחומים רבים יכולים להגדיר זקנה, למשל גיל כרונולוגי, ביולוגי, תפקודי, הכרתי (קוגניטיבי), ריגושי (אמוציונלי) וחברתי (רבינוביץ, 1985). ברור גם שחלק גדול מהמשמעות של זקנה קשור לאמונות מוטעות בחברה בכל הקשור להשפעתה של הזקנה על יכולות פיזיות ומנטליות (Morgan & Kunkel, 2001). כיום ההתייחסות לזקנה היא לגבי הגיל התפקודי, המשקף את הקשר בין תהליכים ביולוגיים לבין הסתגלות האדם לביצוע משימות חברתיות, פיזיות או קוגניטיביות. ההתייחסות לגיל כרונולוגי היא

3 בקבוצה זו לא פורטו נתונים על אנשים מעל גיל 65 באופן מובחן.

לצורך קביעת זכאויות כמו קצבת פרישה או שירותים מיוחדים ואינה משקפת את מצבו של האדם המזדקן (חזן, 1984). מכאן גם נובעים מודלים של זקנה, שלפיהם תהליך מוצלח של הזדקנות משלב יישום מוצלח בתחום הבריאות ובתחום התפקוד ויצירת עניין מלא בחיי היום-יום (Rowe & Kahn, 1987). את תהליך זה מאפיינים שמירה על תפקוד עצמאי ותפקודים בסיסיים, שמירה על האוטונומיה והשליטה על הפעילויות היום-יומיות והמשך עיסוק בפעילות פורה ויצרנית. הזדקנות מוצלחת כוללת איפוא את היכולת לעצב מחדש את התפקוד, את התפיסה ואת ההתנהגות לנוכח אתגרים גופניים, חברתיים ותרבותיים אגב מזעור מרבי של הנזקים (Baltes & Baltes, 1990).

בשנים האחרונות, עם עליית תוחלת החיים של כלל האוכלוסייה, עולה גם תוחלת החיים של אוכלוסיית האנשים עם מש"ה (Janicki, Dalton, Henderson & Davidson, 1999). לדוגמה, ממוצע תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי בעולם בשנות השלושים של המאה הקודמת היה 19 שנים והוא עלה ל-66 בשנות התשעים. גם תוחלת החיים של אנשים עם תסמונת דאון עלתה מ-9 שנים בשנות העשרים של המאה הקודמת ל-56 בעת הנוכחית (Coppus, 2013). ההערכות הן שעד שנת 2030 יוכל מספר האנשים עם מש"ה שיגיעו לגיל זקנה (Heller, 2010). ב-30 השנים האחרונות הייתה עליית תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית דרמטית יותר מעליית תוחלת החיים של האוכלוסייה הכללית (Bigby, 2010). משמעות שינוי זה היא שגיל הזקנה יוצר מכנה משותף תפקודי בין אנשים עם מוגבלויות לבין אנשים שאינם כאלה, מכנה משותף שקיים פחות בגילים צעירים יותר.

מחקר שנערך בקרב כ-800 אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בני 40 ומעלה בישראל מצא שככל, שיעור התחלואה של קבוצה זו היה דומה לאוכלוסייה למעט סוכרת, יתר לחץ דם ובעיות ראייה - שבהם נצפה שיעור נמוך יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. כן נמצא שעם העלייה בגיל הקשר עם בני המשפחה ומעורבות בני המשפחה בנעשה אצל האדם עם המוגבלות הולכים ופוחתים והעיסוק בפעילויות פנאי הולך ופוחת באופן משמעותי. העלייה בגיל מביאה עמה צריכה מוגברת של שירותים (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, שירותים פסיכולוגיים), בעיקר בקרב החוסים במוסדות סגורים. בכל סוגי הדיוור ניכר שצורכיהם של הדיירים לא נענים באופן מלא. במיוחד בלט ממצא זה במחקר בקרב מי שעבר את גיל 70 ובקרב מטפלים בבעלי מוגבלויות זקנים (על פי דיווח עצמי). המחקר הצביע גם על צורך בסיוע כספי משמעותי, צורך במידע על שירותים ועל זכויות וצורך בתכנון לעתיד (Carmeli & Merrick, 2010).

## תאוריות העוסקות במוגבלות

בשנים האחרונות ניכר שינוי בגישה לאנשים עם מוגבלויות מתפיסות פטרוניות ותפיסות המעוגנות במודל רפואי לפרדיגמה חברתית ולפילוסופיה הומניסטית המשמשת מצע רעיוני וערכי למדיניות, לחקיקה, לשירותים חברתיים ולתמיכות, המוצעים גם בישראל (מור, 2016; רייטר, 2015). תמציתו של שינוי זה הוא ראיית הפרט במרכז ושמיעת קולו במסגרת האיזון שבין צורכי הפרט להגנה על זכויותיו. השינוי מתבטא במעבר מתפיסה של מתן שירותים לדגש על מתן תמיכות וכן מתבטא בצורך לאזן בין מדיניות

חד-משמעית של שילוב והכלה לבין היענות לרצונו ולהעדפתו של הפרט עם המוגבלות, שלעתים מבכר את הפרדת השירותים (רייטר, 2015).

כחלק מהמעבר למודל החברתי הציע ארגון הבריאות העולמי בשנת 2001 מודל המשלב בין הגישה הרפואית ובין הגישה החברתית למוגבלות, המכונה International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). מודל זה קובע שתפיסה כוללת של בריאות צריכה להתייחס להיבט ביולוגי, להיבט אישי ולהיבט חברתי. תחומי התפקוד והמוגבלות של האדם מתוארים לפי מערכות הגוף ולפי היחס בין הפרט והחברה. לפי המודל תפקודי הגוף ומערכתיו מוגדרים תפקודים פיזיולוגיים או רכיבים אנטומיים כמו איברים וחלקיהם. ממד זה מייצג אספקטים קליניים ומודל ביו-רפואי. פעילות (activity) מוגדרת ביצוע של משימות או פעולות ספציפיות והשתתפות (participation) מגלמת מעורבות בסיטואציות מחיי היום-יום (Haveman et al., 2009).

המודל ההומניסטי מציע בסיס לשוויון בין בני אדם שמקורו בעצם אנושיותם. מודל זה מעצב מחדש בעיות חברתיות באופן שמקדם ערכים ומשפר את תפקידם החברתי של מוסדות ופרקטיקות בדמוקרטיה (Kiel, 1995; Skrtic, 2005). גישה זו גורסת שהשאיפות לאיכות חיים, למימוש עצמי, לחיים עם משמעות וכיוצא באלה שוות לכל אדם ומשום כך יש להנהיג יחס של כבוד והערכה לכל אדם ללא הבדל. זכותו של אדם למדיניות תמיכה לצורך מימוש עצמי אינה נובעת ממוגבלותו אלא מהיותו אדם. גישה זו מובילה לעמדה פוליטית שלפיה בחברה יש לטפח אזרחים בעלי נחישות וכוח סגור עצמי על מנת לקדם את המימוש העצמי שלהם וזאת בדרך של שינוי דעת קהל, הסברה, שבירת סטראוטיפים, דיאלוג עם אנשים ללא מוגבלות ועוד (רייטר, 2015).

המודל החברתי קורא לצאת למאבקי כוח פוליטיים כדי לממש זכויות. גישה זו יוצאת נגד תפיסה פטרונית של האדם עם המוגבלות המביאה לתיגו חברתי, לסטיגמטיזציה ולקרבתיות של אנשים עם מוגבלויות בחברה ובמקומה מבקשת להכיר בהיבט החברתי של המוגבלות באמצעות יצירת שינוי תפיסתי ביחס לאנשים עם מוגבלויות ובאמצעות מיסוד של רעיון ההומניסטי מכיל (שייקספיר, 2016; Gabel & Peters, 2004; Oliver, 1996). שיח הזכויות משפיע גם על העיצוב המשפטי של מוגבלות ושל מחסור במשאבים בחברה.

התפיסה ההומניסטית והתפיסה החברתית מביאות לידי ביטוי כמה עקרונות יסוד בדרך הטיפול באנשים עם מוגבלויות. כפי שנראה גם בנוגע לפדגוגיות מתחום החינוך המיוחד (Skrtic, Sailor & Gee, 1996) עקרונות אלה מדגישים את השמעת קולם של אנשים עם מוגבלויות, את שיתופם בהחלטות הנוגעות להם ואת חיזוק המדיניות המכילה את אוכלוסייה זו בקהילה. עיקרון נוסף מדגיש את חשיבות אבחון הפרט והערכתו לא רק בעניין המוגבלויות והלקויות שלו אלא גם ובעיקר בעניין צרכיו ובעניין מערך התמיכות שהוא זקוק לו. עיקרון זה הוא מהותי לעצם הגדרת המוגבלות והוא משתקף בממד ה"סביבה" הקשור להגדרה זו ומופיע למשל גם במודל ICF של ארגון הבריאות העולמי. עקרונות נוספים עוסקים בחובת המדינה לאכוף ולממש זכויות אזרחיות של אנשים עם מוגבלות, לקדם את עצמאותם, לאפשר להם לבחור בחירות חופשיות ולזמן להם אפשרויות לבצע פעילויות שגרתיות כפי שעושה כלל האוכלוסייה (Department of Health, 2001b, pp. 23-24).

## מצב משפטי

בשנת 2012 אשררה ממשלת ישראל את האמנה בדבר זכויות אנשים עם מוגבלויות שאומצה בעצרת האו"ם בשנת 2006 (להלן: "האמנה"). אשרור האמנה נעשה בהמשך לחקיקת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998, שהכיר, פיתח וקידם את בזכויותיהם של אנשים עם מוגבלות בחברה הישראלית, פיתח וקידם אותן (מור, 2012). במבוא לאמנה מוצהר כי מוגבלות היא מצב מתפתח והיא נובעת מיחסי גומלין בין אנשים עם לקויות ובין מחסומים של גישה ושל סביבה, המעכבים את השתתפותם המלאה ובת התועלת בחברה בשוויון עם אחרים. האמנה מכירה בגיוון בקרב אנשים עם מוגבלויות ובעובדה שקידום השתתפותם המלאה של אנשים אלה יטפח בקרבם תחושת שייכות מוגברת ויקדם משמעותית את התפתחות החברה.

האמנה מכירה גם בחשיבות האוטונומיה הפרטית ועצמאות האנשים עם המוגבלות ונותנת את הדעת לכך שיש לאפשר לאנשים עם המוגבלות להיות מעורבים באופן פעיל בתהליכי קבלת החלטות בנוגע למדיניות ולמיזמים ובהם אלה הנוגעים להם במישרין. כן מכירה האמנה בחשיבות העקרונות בהשפעה על קידום, ניסוח והערכה של מדיניות, תכניות ופעולות. בעקרונות המוזכרים באמנה נמנים יחס מכבד ואוטונומיה פרטית, השתתפות מלאה ובת תועלת בחברה והכלה בה, שוויון הזדמנויות, נגישות ועוד.

באשר לאוכלוסייה המזדקנת, האמנה קובעת כי על המדינות לספק את שירותי הבריאות שאנשים עם מוגבלויות ובהם קשישים זקוקים להם במיוחד בשל מוגבלויותיהם, לרבות אבחון מוקדם, התערבות לפי הצורך ושירותים שנועדו למזער ולמנוע מוגבלויות נוספות (סעיף 25 ב), לדרוש מאנשי מקצועות הבריאות להעניק להם טיפול באיכות זהה לשאר האוכלוסייה ומתוך הסכמה חופשית ומודעת (סעיף 25 ד). לא ניכרת התייחסות נוספת לבעלי המוגבלות המזדקנים והזקנים, למעט בהקשר הרפואי.

התפתחות חשובה נוספת בשדה המשפטי הישראלי, הנוגעת גם לאנשים עם מוגבלות והרלוונטית מאוד למוגבלות שכלית, קשורה לתיקון מס' 18 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, שערב בקריאה שלישית במרס 2016. תיקון זה יצר מנגנון למתן יפוי כוח מתמשך ולמתן הנחיות של אדם באשר לטיפול ברכושו, בגופו ובענייניו כשלא יוכל להחליט החלטות אלה בעצמו. התיקון קובע עקרונות למינוי אפוטרופוס ואף מחייב את האפוטרופוס שימונה לאדם לשמוע את דעת האדם ולסייע לו במימוש רצונותיו, ליידע ולשתף אותו בענייניו ולשתפו ככל האפשר בהחלטות הנוגעות לו (חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, 2016).

בהקשר הבין-לאומי, בשנת 2006 פרסם האיחוד האירופי את הצהרת גראץ (Graz) בנושא מוגבלות וזקנה. הצהרה מבוססת על עקרונות של הכלה וזכויות אדם והיא הניסיון המשפטי הראשון לקבוע מסמך יסוד המשלב בין זקנה למוגבלות. מסמך זה משמש לקובעי מדיניות ולשחקנים בתחום המדיני ובתחום החברתי בסיס לפיתוח תכניות תמיכה ייעודיות המשלבות רעיונות של הזדמנויות שוות ואזרחות מלאה לאנשים זקנים עם מוגבלויות ושל מימוש מלא של זכויותיהם האזרחיות. הצהרה מעניקה מקום מיוחד לאוכלוסיית הזקנים עם משי"ה והיא מציינת שמערכות התמיכה והשירותים לאוכלוסייה

זו אינם מפותחים באופן מספק ושקיימים פערים בחקיקה של מדינות שונות ביחס לאוכלוסייה זו. ההצהרה קובעת רשימה של זכויות לאנשים זקנים עם מוגבלויות ובכללן הזכויות לכבוד, לחופש בחירה, לאוטונומיה, לקבלת החלטות (אם קיימת כשירות לקבלת החלטות), לשוויון בבריאות, לקידום טיפול בבית ומחיה עצמאית ולמעורבות בגיבוש המדיניות העוסקת בהם. ההצהרה קוראת ליצירת דו-שיח בין העוסקים בתחום ובין בעלי עניין שונים ולהיוועצות עם אנשי מקצוע ובני משפחה של אנשים זקנים עם מוגבלויות באשר לצורכי הטיפול שלהם (Weber & Wolfmayr, 2006). בעקבות הצהרת גראץ פורסמו מסמכים משפטיים נוספים ובהם למשל הצהרת ברצלונה בנושא גישור ידע בטיפול ותמיכה לטווח ארוך משנת 2009 (Salvador-Carulla et al., 2010) והצהרת טורונטו בנושא גישור ידע, מדיניות ופרקטיקה של זקנה ומוגבלות משנת 2012 (Bickenbach et al., 2012).

---

# מתודולוגיה

---

סקירת המחקר מבוססת על חיפוש במאגרי מידע אקדמיים, באינדקסים שונים ובאתרים רשמיים של משרדי חינוך במדינות שונות, של גופי מחקר ופיתוח ושל ארגונים העוסקים בהזדקנות של אוכלוסייה בעלת מוגבלות שכלית התפתחותית. החיפוש נעשה באמצעות מילות החיפוש: adult people with learning disabilities, ageing, adult people with intellectual disabilities, developmental disability, social policy, measurement, social services, mental retardation, ועוד. המאגרים הנפוצים ביותר לחיפוש מידע לצורך סקירה זו שייכים לעולם התוכן של רווחה, עבודה סוציאלית, בריאות וריפוי בעיסוק ובהם CINAHL, Cochrane Library, Embase, HAPI, Health and Wellness Resource Center, PsycNet, Pubmed, EBSCO, ERIC, מאגרי המידע של מכון סאלד ושל מכון מופ"ת, google scholar ועוד. כן נסקרו אתרים של משרדים ממשלתיים, של עמותות שונות ושל גופים כמו OECD, WHO ומכונים שונים המתמחים בזקנה ובמוגבלות שכלית במדינות שונות בעולם. נוסף על כך, בעניין מערך הדיור לאנשים עם משי"ה בוצעו שני ראיונות טלפוניים עם אנשי קשר שאת שמותיהם מסרו מזמיני הסקירה.

את הסקירה הזמין האגף למחקר, תכנון והכשרה במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. הסקירה מבקשת לתאר את המאפיינים הרפואיים, הרגשיים, החברתיים והקוגניטיביים של אוכלוסייה מזדקנת עם תפקוד שכלי גבולי. מטרתה היא ליצור מסד מבוסס-ראיות לאיתור אוכלוסייה זו ולבחון דרכי תמיכה וטיפול מגוונות, הנותנות מענה לצרכים ולמאפיינים המיוחדים שלה. ישנה הבחנה ברורה בין לקויות למידה מורכבות ובין לקויות התפתחותיות קוגניטיביות והבחנה זו נראית גם בכפופות למערך ארגוני שונה, ואולם הספרות שאותרה בסקירה זו מתמקדת ברובה באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית והיא המוצגת במסגרת המקום המצומצם. יודגש כי אף שהחיפוש בספרות המחקרית התמקד באוכלוסייה גבולית מבחינה התפתחותית-שכלית, חלק גדול מהמצאים אינו עוסק באופן מובחן באוכלוסייה זו ודן באוכלוסיית האנשים עם מוגבלויות שכליות התפתחותיות כמקשה אחת. במקום שהתאפשר להתייחס באופן מבודד לאוכלוסייה זו - הדבר נעשה במפורש. נקודת המוצא התאורטית של סקירה זו משלבת בין הגישה ההומניסטית ובין הגישה החברתית למוגבלות לצורך איתור, הערכה וטיפול באוכלוסייה זו, והיא מבקשת לשלב בתוכה ידע מחקרי לצד ניסיון קליני ומעשי.

---

# מאפיינים בריאותיים, רגשיים, חברתיים וקוגניטיביים של מזדקנים עם תפקוד שכלי גבולי ועם לקויות למידה מורכבות

---

ככלל, המידע הקיים על אודות אנשים עם מש"ה מתחילת שנות הברגרות - לאחר סיום הלימודים בבית הספר - וכל שכן בגיל הזקנה, חסר ואינו מדויק. לא ידוע בבירור ובאופן מדויק כמה אנשים מאובחנים עם מש"ה, כמה מהם שייכים לקבוצת הגיל 65 ומעלה, מה יהיו צרכי הבריאות והרווחה שלהם לאורך זמן ומה תהיה השפעת מוגבלותם על מערכת שירותי הרווחה והבריאות של המדינה (Robinson et al., 2012). הסעיפים הבאים מתארים את המאפיינים העיקריים של אוכלוסיית המזדקנים עם מש"ה כפי שעולה מהספרות העולמית.

## מאפיינים בריאותיים

תוחלת החיים של אנשים עם מש"ה אינה שונה מזו של האוכלוסייה הכללית, למעט אנשים עם תסמונת דאון, אפילפסיה או שיתוק מוחי ואנשים עם רמות גבוהות של אי תפקוד קוגניטיבי (Haveman et al., 2009).

גורם הסיכון המשמעותי ביותר לזקנים עם מש"ה הוא השמנת יתר, אף ששיעור ההיארעות של גורם זה אינו בהכרח גבוה מזה שבאוכלוסייה הכללית לפי אחד הדיווחים (Haveman et al., 2009), או גבוה יותר בעיקר בקרב נשים בקבוצה זו בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Heller & Factor, 2004).

שיעור היארעות דמנציה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית דומה לזה שבאוכלוסייה הכללית (Zigman et al., 2004), והוא כ-5% מקרב גילאי 71-79 (Plassman et al., 2007) או עשוי, לפי חלק מהמחקרים, להיות מעט גבוה יותר (Strydom et al., 2010). כ-6% מקרב האנשים עם מוגבלות שכלית ילקו בדמנציה אחרי גיל 60 ובקרב אנשים עם תסמונת דאון עולה שיעור זה ל-25% לאחר גיל 40 ול-50% עד 70% לאחר גיל 60 (Moran, 2013; National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practice, 2012, p. 3; Strydom et al., 2009). לפי קבוצת המחקר הלאומית בנושא דמנציה ומוגבלויות שכליות, אחד מתוך שמונה אנשים עם מוגבלות שכלית ילקה בדמנציה בגיל מבוגר (National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practice, 2012, pp. 3-4). מתואר כי בעיות רפואיות, שכליות ונפשיות המאפיינות אנשים מזדקנים באוכלוסייה הכללית מופיעות אצל אנשים עם תסמונת דאון בגיל צעיר יותר (טננבאום, בכנר ומיינר,

2015). נמצא שבקרב אנשים עם תסמונת דאון הסיכוי לאלצהיימר גדל והמחלה פורצת בשלב מוקדם יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Strydom et al., 2010). לאנשים שצורכים תרופות על בסיס קבוע יש גם סיכוי גדול יותר לפתח מצבים שניוניים כמו אוסטאופורוזיס, דיסקינזיה מאוחרת ועוד (Heller & Factor, 2004).

לדעת נסים (2012), אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית שונה מאוכלוסיית המזדקנים הכללית בשלוש קטגוריות:

1. תחלואת יתר במחלות כגון מחלות לב ונשימה ומחלות של מערכת העצבים המרכזית - בחלקה כתוצאה מאורח חיים פסיבי שקשור לחוסר הבנה וחוסר מודעות לחשיבות התנועה לצד שימוש מוגבר בתרופות נוירולפטיות.<sup>4</sup>

2. אבחון לקוי - בשל קשיי תקשורת, חוסר מודעות, מיעוט תלונות מצד מטופלים ובעייתיות הקיימת בבדיקות שמחייבות שיתוף פעולה אקטיבי של הנבדק.

3. טיפול לקוי בבעיות הבריאות - כתוצאה משני הסעיפים לעיל.

בשנים 2005-2008 נערך ב-14 מדינות באירופה סקר שבחן את היבטי הבריאות של אנשים עם מוגבלות שכלית בהשוואה לאוכלוסייה הכללית לפי חתכי גיל, בהשתתפות 1253 נבדקים. אף שהמדגם ייצג בחסר את אוכלוסיית בעלי המוגבלות, נגזר מאזורי פיילוט שנבחרו ולא הציע בדיקות סקר אלא התייחס למצבי בריאות קיימים, יש בו כדי לשפוך אור רב על מצבם הבריאותי של אנשים עם מוגבלות שכלית ובעיקר על המזדקנים שבהם. מתוך המדגם כ-16% היו בגילים 55-64 ו-8% מעל גיל 65 (Haveman, Perry, Salvador-Carulla & Weber, 2011).

בהשוואה לסקר בריאות כללי שנערך ב-29 מדינות באירופה, נמצא שבאוכלוסיית המדגם במחקר ישנם פחות אנשים המעשנים בתדירות יום-יומית. עישון כזה נמצא שכיח יותר אצל בעלי מוגבלות מעל גיל 65 (10.9%) לעומת צעירים יותר (5.7% בקרב בני 35-54 ו-4.8% בקרב בני 19-34). גם בכל הנוגע לצריכת אלכוהול נמצא שקבוצה גדולה יותר של אנשים עם מוגבלות בני 55 ומעלה צורכים אלכוהול חמישה ימים ויותר בשבוע בהשוואה לצעירים, אף שצרכנים כבדים של אלכוהול (לפחות שלוש כוסות ביום) נמצאו יותר בקרב אנשים עם מוגבלות שגילם פחות מ-55. כמחצית מאוכלוסיית המדגם אינה מבצעת כל פעילות גופנית או מבצעת פעילות גופנית מעטה וישנם פחות אנשים מוגבלים מעל גיל 65 שיש להם זמן ויכולת לבצע פעילות כגון גינון, הליכה, ספורט תחרותי או ספורט לשם הנאה בהשוואה לצעירים יותר. לכ-27% מבעלי המוגבלות שהשתתפו במחקר הייתה מגבלת תנועה (חוסר יכולת ללכת, שימוש בכיסא גלגלים וכיוצא בזה) ולבני 65 ומעלה היו באופן מובהק מגבלות רבות יותר כאלה לעומת צעירים יותר (15.2% מבני 65 ומעלה השתמשו בכיסא גלגלים לעומת 9.5% מהצעירים יותר).

באשר למצבי בריאות ספציפיים, נמצאו מצבים המועצמים באופן מובהק עם העלייה בגיל. לתחלואה במחלות הקשורות לבלוטת התריס, לזיהומים בדרכי הנשימה, לאסטמה ולעצירויות לא נמצא קשר למרכיב הגיל של בעלי המוגבלות. אף על פי שחלה עלייה בהיארעות שבץ, דימום מוחי, התקפי לב ודלקות מפרקים עם העלייה בגיל האדם עם המוגבלות השכלית,

---

4 אך ראו את מחקרם של כרמלי ומריק (Carmeli & Merrick, 2010), המראה שיעורים נמוכים יותר של סוכרת ויתר לחץ דם בקרב זקנים עם משה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית.



היארעויות אלה בקרב קבוצת הזקנים לא היו מובהקות מבחינה סטטיסטית. בכל הנוגע להתקפי אפילפסיה ולארגיות - נמצא שהייתה כמות נמוכה יותר של היארעויות בקרב אנשים זקנים עם מש"ה בהשוואה לאנשים צעירים יותר עם מש"ה (Haveman et al., 2011).

בעיות ראייה נפוצות יותר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. 12.7% מהאנשים עם מש"ה מעל גיל 65 עברו ניתוח קטרקט ו-11.9% מהם השתמשו במכשירי שמיעה. כמוכך, כפי שקורה באוכלוסייה הכללית, כמות הסובלים מבעיות אלה גדלה עם השנים (Haveman et al., 2011). מומלץ לאנשים עם מוגבלות שכלית להיבדק בדיקות ראייה ושמיעה מדי חמש שנים החל מגיל 45 (ולאנשים עם תסמונת דאון מומלץ להיבדק מדי 3 שנים החל מגיל 30).

שיעור החולים בסוכרת מקבוצת הזקנים עם מש"ה הוא 10.8%, שיעור נמוך בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, כפי הנראה בשל דיווח חסר וחוסר אבחון של אוכלוסייה ספציפית זו. 30.4% מקבוצת הזקנים עם מש"ה היו בעלי לחץ דם גבוה. 11.8% מהם סבלו מדלדול עצם.

ככל שתוחלת החיים בקרב אוכלוסייה זו עולה, כך גדלה השכיחות למחלות כרוניות ובהן סרטן. בתחלואה במחלות ממאירות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית בגילים מתקדמים חלה עלייה של 3%. בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, אנשים עם מוגבלות שכלית חולים בשכיחות גבוהה יותר בסרטן בדרכי העיכול ובשכיחות נמוכה יותר בסרטן בריאות, בשד ובערמונית. מהמחקר עולה שהאנשים עצמם, קרוביהם או הצוות המטפל בהם לא מזהים בעיות בריאות רבות (Haveman et al., 2011).

צוות החוקרים מסכם שקשה לקבוע אם לזקנים עם מוגבלות שכלית יש פחות מוטיבציה להיות פעילים פיזית בהשוואה לאוכלוסייה הכללית.

הפער בין מצב הבריאות של בעלי מוגבלות שכלית מזדקנים ובין האוכלוסייה הכללית מוסבר באמצעות שילוב של כמה גורמים ובהם נטייה גנטית למצבי בריאות מסוימים, קשיים חברתיים, התנגדות או חוסר יכולת להשתמש בשירותי בריאות בסיסיים, חוסר מודעות לקמפינים בתחום בריאות הציבור, תנאי מגורים המקדמים חוסר פעילות ובחירות לא בריאות של סגנון מחיה (Haveman et al., 2011). פער זה הולך ומצטמצם בזכות מדיניות של בדיקות רפואיות, טיפולים רפואיים וסיעודיים נגישים יותר, סביבות בטוחות ותזונה בריאה יותר וגם עידוד שלא לעשן ולא לצרוך אלכוהול או סמים (Haveman et al., 2011).

מחקרים אחרים מצביעים על נטייה מוגברת בקרב אנשים עם מש"ה למחלות לב, לירידה בזיכרון, לירידה בתפקוד ולתלות מוגברת במטפלים. בעיקר בולטת הירידה בשמיעה ובראייה, ירידה בתפקוד העצם (אוסטאופורוזיס, אוסטאוארטריוסיס), תסמינים שונים במערכת העיכול (ריפלוקס ועצירויות) ויתר לחץ דם (Robinson et al., 2012). כן נטען שלאנשים עם מש"ה יש סיכוי מוגבר עד פי ארבעה לחלות במחלת נפש כלשהי (Chaplin, 2004; Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First, 2007). אחוז מהאנשים המזדקנים ומהזקנים עם מש"ה מאובחנות מחלות נפש שונות (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson & Allan, 2007). המחלות בעלות השכיחות הגבוהות ביותר בקרב מבוגרים עם מש"ה הן הפרעות התנהגות שונות (19.8%) והפרעות על הרצף האוטוטיטי (8.8%) (Bhaumik, Tyrer, McGrother & Ganghadaran, 2008). מחקרים

אחרים מצביעים על הסיכוי המוגבר שיש למזדקנים עם מש"ה לחלות בו בזמן בכמה מחלות כרוניות (Hermans & Evenhuis, 2014) (multimorbidity).

בישראל, מחקרים שנעשו בקרב נשים מזדקנות עם פיגור שכלי מלמדים שלמשפחה יש חלק חשוב יותר בחייהן (נירי, 2010), בהשוואה למחקרים מהעולם שהצביעו על קשרים משמעותיים פחות של אוכלוסייה זו עם בני המשפחה (Walsh & LeRoy, 2004). כן נמצא בישראל שבמחלות מסוימות כמו לחץ דם גבוה, סוכרת ובעיות ראייה, שיעור החולים מקרב בעלי המוגבלויות מעל גיל 40 נמוך מזה שבאוכלוסייה הכללית (Carmeli & Merrick, 2010). מחקר אחר מצא אף הוא פערים לטובת אנשים עם פיגור בכלל הקשור לשיעורי תחלואה בגיל מבוגר (בן נון [הדני], 2009).

## מאפיינים רגשיים

לאנשים זקנים עם מש"ה מאפיינים רגשיים מיוחדים, הנובעים לרוב מבעיות נפשיות שמהן הם סובלים. כך, למשל, סקר שנערך באירלנד בקרב 753 אנשים זקנים עם מש"ה מצא שכ-20% מהנשאלים דיווחו שאובחן אצלם דיכאון (בהשוואה ל-5% באוכלוסייה הכללית). 21% מהמתגוררים בקהילה ו-59% מהמתגוררים במעונות סגורים דיווחו על בעיה רגשית או נפשית כלשהי. זקנים עם מש"ה דיווחו על דאגות הקשורות לגיל מתקדם, לאבדן של בני משפחה או חברים, להגברת התלות באחר ולפחד מהמוות (McCarron et al., 2011).

## מאפיינים חברתיים

אצל אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חלים שינויים במישור החברתי שעיקרם הם התעצמות הבדידות, התעצמות התלות באחר וירידה בתחושת הערך העצמי. כמו כן אצל זקנים עם מש"ה הצטמצם הקשר עם בני משפחה ונוספו חוויות לא מטופלות של אבדן ושכול (נסים, 2012).

סקר שנערך ב-14 מדינות באירופה מצא שמזדקנים עם מוגבלות גרים לבד או עם הוריהם ומשפחתם או עם אנשים שאינם קרובים להם, באופן מובהק יותר מהאוכלוסייה הכללית. בהשוואה לאנשים עם מוגבלות שכלית שאינם זקנים, יותר זקנים עם מוגבלות אושפזו במוסדות פסיכיאטריים, בבתי אבות ובמוסדות גדולים יותר וזאת בניגוד לרוח האמנה, לתפיסה החברתית ולתפיסה ההומניסטית של מוגבלות. עוד נמצא שככל שהאדם מבוגר יותר כך הוא נפגש פחות עם חברים וקרובים. 38% מהאנשים עם מוגבלות מעל גיל 65 עדיין היו מועסקים, 70% מהם עבדו בהתנדבות. שיעורים גבוהים אלה מוסברים, כפי הנראה, בהיעדר תכניות משמעותיות ומוכוונות-גיל בסביבות המגורים. בכל מקרה לא ברור אם מדובר בבחירה מרצון של אנשים אלה או באילוץ שקשור להיותה אפשרות יחידה עבורם (Haveman et al., 2011). מאפיינים אלה נראו גם בסקר באירלנד - שם מרבית האנשים עם מש"ה מתגוררים בבתיים עם בני משפחותיהם או לבדם אף על פי שחלק ניכר מהם מתגוררים חלק משמעותי מחייהם הבוגרים מחוץ לביתם ולקהילתם. שיעור החוסים מחוץ לבתיים עולה במיוחד ככל שאנשים אלה מזדקנים (McCarron et al., 2011). סקירת ספרות גדולה שהקיפה פרסומים מהשנים 1996-2006 העלתה שממוצע האנשים המהווים את הרשת החברתית של אנשים עם מש"ה הוא

3.1 שאחד מהם הוא המטפל. בכל הנוגע למעורבותם בקהילה במסגרת תעסוקתית כלשהי, הסקירה מעלה שאנשים אלה מועסקים פי 3-4 פחות בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות ואם קיימת נטייה להעסיקם - ההעסקה נעשית בעיקר במסגרות של סדנאות או בסביבה סגורה, שלא על-בסיס תחרותי. כן מראה הסקירה שעיקר פעילויות הפנאי של אנשים אלה נעשה באופן מבודד ונושא אופי פסיבי (Verdonschot, De Witte, Reichrath, Buntinx & Curfs, 2009). זאת ועוד, בסקר שנערך באירלנד כ-40% מהאנשים הזקנים עם מש"ה גרו בבתיים יותר מ-20 שנים. אלו שגרו עם משפחותיהם ובקהילה היו לרוב צעירים יותר ועם מוגבלות מתונה יותר. כרבע מהנשאלים דיווחו שהם פוגשים את בני המשפחה שלהם פעם בשנה או פחות מכך. המגע עם בני המשפחה פוחת ככל שעולים הגיל וחומרת המוגבלות. כמחצית מהאנשים באוכלוסייה זו מדווחים על בדידות וכשליש מאלה מציינים קושי ביצירת קשרי חברות. כן עולה שאנשים בוגרים עם מש"ה יוצאים לפעילויות חברתיות מחוץ לבתיים רק לעתים רחוקות (McCarron et al., 2011). ככל שעולה הגיל, יש לאוכלוסייה זו פחות קשרים חברתיים (McCallion, McCarron, Fahey, McCarthy & Connaire, 2012). זאת ועוד, רוב האנשים עם מש"ה אינם נשואים או חיים בזוגיות ואינם הורים לילדים (McCarron et al., 2011).

## מאפיינים קוגניטיביים

השינויים החלים במישור החברתי הם בעיקר ירידה תפקודית בזיכרון, ביכולת הלמידה, ביכולות הקשב והריכוז, בהתמצאות במרחב, בגמישות המחשבתית וביכולת לתקשר בעל פה ובכתב (Salthouse, 2009). עם זאת, וכפי שעולה מתאוריית הפיצוי המאוחר, בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית קיימת האטה בתהליך ההזדקנות הקוגניטיבית, שהיא תוצאה של התפתחות מאוחרת לצד הזדקנות טיפוסית (Lifshitz-Vahav, 2015). האטה זו מעידה על אלסטיות מוחית, שמשרתת תפקודים קוגניטיביים אצל אנשים אלה אף בגילים מתקדמים (צמח, 2015).

סקרים של אנשים עם מש"ה מלמדים כי לכשליש מהם אין השכלה פורמלית, כמחצית השלימו את כל לימודי בית הספר היסודי או את חלקם ושיעור קטן מאוד (0.4%) השלים את לימודי התיכון. הספרות מצביעה על ירידה קוגניטיבית אצל מחצית מהאנשים עם תסמונת דאון ואצל 20% מהאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית אחרת שגילם 65 ומעלה (Hassiotis, Strydom, Allen & Walker, 2003). זאת נוסף על הנטייה המוגברת (עד פי חמישה) של אנשים זקנים עם מש"ה לחלות בדמנציה בהשוואה לזקנים באוכלוסייה הכללית לפי עדויות מסוימות בספרות (Strydom, Chan, King, Hassiotis & Livingston, 2008; Strydom, Hassiotis, King & Livingston, 2013). בסקר שנערך באירלנד דיווחו יותר משלושה רבעים מהנשאלים כי מעולם לא כתבו, לא שלחו מסרונים או דואר אלקטרוני או לא השתמשו ברשתות חברתיות לצורך תקשורת עם בני המשפחה או עם חברים ופחות מ-60% השתמשו בטלפון למטרה זו. כשליש מהנשאלים דיווחו שקשה להם לבטא את עצמם באוזני מטפל רפואי באופן ברור. כ-16% מהאנשים עם תסמונת דאון ו-4% מאלה עם מוגבלות שכלית התפתחותית אחרת דיווחו על שיבוש בזיכרון (McCarron et al., 2011).

---

# מאפיינים של אוכלוסייה עם תפקוד שכלי גבולי

---

אף על פי שמרבית המחקרים אינם מבחינים בין אנשים עם תפקוד שכלי גבולי לאנשים עם מש"ה בדרגות חמורות יותר (למעט בהקשרים מסוימים כמו תסמונת דאון או לקויות למידה מורכבות אחרות כפי שפורט לעיל) ואף על פי שאוכלוסייה זו כמעט שאינה מופיעה בספרות המחקרית (Fernell & Ek, 2010; Peltopuro et al., 2014), ישנם מחקרים ספורים המצביעים על דיווח מועט יותר של סימפטומים הקשורים למצבים נפשיים מסוימים בקשר לאוכלוסייה זו (Wieland & Zitman, 2016) ובכל מקרה על הופעה שונה של סימפטומים אלה בהשוואה לאנשים עם מוגבלויות נפשיות וללא מוגבלויות שכליות או עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמה נמוכה (Wieland, 2015). מחקר שנערך בישראל מצא שלאנשים עם תפקוד שכלי גבולי יש סיכוי גדול יותר לירידה בתפקוד החברתי, מאובחנות אצלם בעיות פסיכיאטריות פי 2.37 וצריכת הסמים בקרבם גדולה פי 1.2 בהשוואה לאוכלוסייה עם רמת תפקוד אינטלקטואלי ממוצעת (Karny et al., 2014). סקירת ספרות שנעשתה בנושא מלמדת שצרכיה של אוכלוסייה זו זוכים פחות להכרה ומצבה הכללי מידרדר בשל מחסור במסגרות שיקום ובהזדמנויות תעסוקתיות נוספות (Hassiotis, 2015). כדי להגדיל את היקף האבחנה של אוכלוסייה זו ולהיענות לצרכיה המיוחדים עלו לאחרונה קולות הקוראים לקבוע הגדרה ברורה של מצב התפתחותי זה ב-DSM שיהא בה כדי להציע מענה נכון ומדויק יותר ובכך לשפר את איכות חייה של אוכלוסייה זו ולמנוע פגיעה בה (Wieland & Zitman, 2015).

# כלי הערכה ומדידה

היכולת לכמת ולמדוד באופן אמפירי ומדויק את היקף קיומה של מוגבלות בחברה היא מורכבת מכיוון שלמוגבלות יש היבטים אובייקטיביים וסובייקטיביים, פיזיולוגיים ופסיכולוגיים, תרבותיים ותלויי זמן ומקום. משכך, הנושא המדובר הוא דינמי, מורכב ומשתנה לאורך חיי האדם (דורון, 2013).

בעוד שבעבר התבססו האבחנות של מוגבלות שכלית על הערכת תפקוד אינטלקטואלי ועל ציוני IQ, כיום מקובלת העמדה שמתמקדת בתפקוד הכללי וההתנהגותי של האדם ולא דווקא בהיבט השכלי. האיגוד האמריקני למוגבלות שכלית התפתחותית ואיגוד הפסיכיאטרייה האמריקני מציעים את העמדה הזו, המבססת את האבחנה של מוגבלות שכלית על שלושה קריטריונים, המשמשים גם להגדרת המוגבלות השכלית (AAIDD, n.d.-a). (קדרי, 2015, עמ' 13):

1. מוגבלות משמעותית בתפקוד השכלי

2. מוגבלות משמעותית בהתנהגות המסתגלת

3. הופעת המוגבלות המשמעותית (לעיל) בתקופת ההתפתחות (עד גיל 18)

עמדה זו מחייבת את מי שמבצע את ההערכה להכיר במוגבלות הכלי ולהתבסס יותר על מרכיבים נירופסיכולוגיים של הליקויים הקוגניטיביים ועל ההיבטים הקוגניטיביים של התפקוד ההסתגלותי.

**מוגבלות בתפקוד השכלי** נמדדת, בין היתר, באמצעות מבחן משכל שבו מנת משכל נמוכה, מ-70 עד 75, מצביעה על הגבלה בתפקוד האינטלקטואלי. לחלופין אפשר להשתמש במבחנים נירופסיכולוגיים הנחשבים יעילים יותר.

באשר ל**מוגבלות בהתנהגות המסתגלת**, הכוונה היא להנמכה של כשתי סטיות תקן מהממוצע במבחני הסתגלות מתוקננים הבוחנים מיומנויות מושגיות (שפה ולמידה, מושגי זמן, כסף ומספר והכוונה עצמית); מיומנויות חברתיות (מיומנויות בין-אישיות, אחריות חברתית, יכולת לפעול לפי כללים ולהמנע מקרבניות); ומיומנויות מעשיות (טיפול עצמי ומיומנויות בתחומים מגוונים: תעסוקה, בריאות, נסיעה ותחבורה, לוח זמנים, בטיחות ושימוש בכסף ובטלפון). כלי הערכה למיומנויות אלה שפותח על-ידי האיגוד האמריקני למוגבלות שכלית והתפתחותית מכונה "Diagnostic Adaptive Behavior Scale" (AAIDD, n.d.-b).

נוסף לאלה ולמרכיב הגיל שבו ניתן לאתר מוגבלויות אלה, יש להביא בחשבון את הסביבה הקהילתית והשונות התרבותית ולבצע הערכה רב-ממדית (קדרי, 2015, עמ' 16).

כלי הערכה נוספים שמקורם בהגדרות שונות של מוגבלות שכלית, הם אלה של DSM-V שפיתח איגוד הפסיכיאטריה האמריקני, הממקם את האבחנה של מוגבלות שכלית התפתחותית תחת "הפרעות נירו-התפתחותיות" ושל ארגון הבריאות העולמי. ב-DSM ההגדרה של מש"ה היא הפרעה במישור האינטלקטואלי (למידה, שיפוט) ובמישור ההתנהגותי (פעילויות יומיומיות כגון תקשורת ומחיה עצמאית). אבחנת ההפרעה לא מצריכה עוד מבחן משכל אלא מבחנים מתקוננים הבוחנים תפקודים מנטליים כלליים בשלושה היבטים (American Psychiatric Association, n.d.):

1. היבט קונספטואלי (שפה, קריאה, מתמטיקה, שיפוט, ידע, זכירה)
2. היבט חברתי (אמפתיה, שיפוט חברתי, מיומנויות תקשורת, יכולת לפעול לפי כללים, יכולות ליצור קשרים חברתיים ולתחזק אותם)
3. היבט פרקטי (עצמאות בטיפול האישי, ניהול כספי, פנאי והתנהלות בבית ספר, עבודה וכיוצא בהם)

החברה הבריטית לפסיכולוגיה פרסמה לאחרונה כלי הערכה לפסיכולוגים להערכת מוגבלות שכלית בקרב מבוגרים (British Psychological Society, 2015). נקודת המוצא היא שהערכה ואבחון של מש"ה אצל מבוגרים היא פעולה מורכבת. היא אינה מתמצה רק בסיכום מספרי של הערכות שונות שמטרתן לקבוע אם לקויות מסוימות החלו בשלב הילדות והסקת מסקנות מכך, אלא כוללת מרכיב חיוני של שיפוט קליני, אשר מאשר את תוצאות האבחון וההערכה. בהמשך להערכות המקובלות, אבחנת המוגבלות השכלית התפתחותית המבוססת על מבחני IQ בלבד נזנחת, אף שנאמר כי מבחנים אלה עשויים לשמש לצורך קביעת חומרת המוגבלות. החברה מבקשת ליצור אבחנה בין מש"ה לבין מש"ה חמורה. בעוד שהראשונה משקפת שיבוש חמור בהתנהגות השכלית והאדפטיבית, הניכר לפני תקופת הבגרות, הקריטריונים למש"ה חמורה הם (British Psychological Society, 2015, p. 15):

1. הפרעה חמורה בתפקוד השכלי (מיוצגת על-ידי הערכה של יותר משתי סטיות תקן מהממוצע)
2. הפרעה חמורה בהתנהגות האדפטיבית (מיוצגת על-ידי הערכה של יותר משלוש סטיות תקן מהממוצע)
3. הופעת התסמינים לפני שלב הבגרות

לפי החברה הבריטית לפסיכולוגיה, הערכת מוגבלות שכלית התפתחותית נעשית בכמה שלבים (British Psychological Society, 2015):

1. **איסוף מידע ראשוני** - מידע זה כולל תיאור של הפרט המאובחן במגוון תחומים: קשיים עכשוויים או אלה שבעבר, היסטוריית הבריאות וההתפתחות שלו, היסטוריית החינוך והתעסוקה שלו, היסטוריית הטיפול והתמיכה הרגשית שקיבל בעבר, התנהגותו במהלך הריאיון, התרשמות מהופעתו הכוללת, קשר עין עם המאבחן, יכולות הראייה והשמיעה של המאובחן, קשיי התנועה שלו, שימוש באוצר מילים, אינטראקציה חברתית, נושאים תרבותיים ועוד. יש להשלים מידע זה ממקורות

נוספים, למשל רשמים של אנשי מקצוע נוספים מהיותו ילד ובוגר, פרשנויות של בני המשפחה של הקשיים שהמאבחן חווה וכיוצא בזה.

2. בחירה של אמצעי הערכה נאותים -

א. אמצעי להערכת תפקוד שכלי - יש לבחור באמצעים שמתאימים לקריטריונים הבאים:

- I. מעוצבים לניהול ברמת הפרט (להבדיל מקבוצה)
- II. מעוצבים לפי חלוקת האינטליגנציה הכללית ומתוקננים לפי קבוצה מייצגת של בוגרים בבריטניה;
- III. מהימנים, תקפים ומקובלים מבחינה מדעית;
- IV. מבוססים על מודל אינטליגנציה רב ממדי ומדרגי (הייררכי) המספק לא רק את הציון הכולל אלא גם ציונים של המרכיבים השונים.

כיום קיים רק אמצעי אחד המשלב את כל הקריטריונים שלעיל והוא Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth UK Edition (WAIS-IV UK).

ב. אמצעי להערכת התנהגות אדפטיבית - בהקשר זה האדם המאבחן יכול לענות על שאלות האבחון, אך מומלץ שהעונה יהיה אדם אחר שמכיר היטב את האדם המאבחן. אמצעי הערכה צריכים להתאים לקריטריונים הבאים:

- I. מעוצבים לפי חלוקת ההתנהגות האדפטיבית הכללית ומתוקננים לפי קבוצה מייצגת של בוגרים בבריטניה;
- II. מכילים תכונות פסיכומטריות שמקובלות על הקהילה המדעית, למשל מהימנות ותקפות;
- III. מבוססים על מודל התנהגות אדפטיבית רב ממדי ומדרגי המספק לא רק את הציון הכולל אלא ציונים של המרכיבים המושגיים (קונספטואליים), החברתיים והמעשיים (פרקטיים);

IV. מתאימים מבחינת גיל, מגדר, רקע סוציו-אקונומי, דת והקשר קהילתי של האדם המאבחן;

הכלים הקיימים לא מתאימים במדויק לכל הקריטריונים ואלה הקרובים ביותר לכך הם: Adaptive Behavior Assessment System, Second Edition (ABAS-II); Vineland Adaptive Behavioral Scales, Second Edition (Vineland-II).

3. ביצוע ההערכה או האבחון - כדי לבצע את ההערכה או האבחון יש לשקול כמה שיקולים:

א. סביבת האבחון - זו צריכה להיות למשל מוארת היטב, בסביבה שקטה ונטולת הפרעות;

ב. בריאות נפשית - אין לאבחן אנשים הנעדרים אוריינטציה במקום או בזמן וכן אין לאבחן סמוך לאשפוז פסיכיאטרי או לידה;

ג. תרופות - יש לתת את הדעת להשפעה האפשרית של תרופות על הביצועים באבחון;

ד. עייפות יתר - עייפות יתר שנגרמת למשל ממחלות כרוניות, מתרופות, ממיעוט שינה ועוד, עשויה להשפיע על ביצועים באבחון;

ה. מוטיבציה - כדי שהאבחנה תהיה תקפה, מוסר המידע צריך להיות בעל מוטיבציה לשתף פעולה. בהקשר זה יש לתת את הדעת על הגורם שביקש את האבחנה או שהפנה אליה, על מטרתה ועל רצונו של המאובחן להיות מעורב בתהליך;

ו. מאמץ - יש לשים לב אם האדם המאובחן משתדל להתאמץ באופן מוגזם כדי להגיע לקביעות שיזכו אותו בהטבות בעתיד;

ז. שפה, תרבות ואתניות - על המאבחן להסיק מסקנות בזירות כשאבחון נעשה לאדם בשפה שאינה שפת האם שלו. כן יש לנהוג בזירות כשהאדם המאובחן משתייך לתרבות אחרת;

ח. לקויות תחושתיות - ללקויות תחושתיות עלולות להיות השלכות לעניין הביצוע בתהליכי האבחון וההערכה.

#### 4. פרשנות של תוצאות ההערכה או האבחון - לאחר שקלול התוצאות יש להעריך

את מידת הסטייה מהמוצע הן בהערכות התפקוד השכלי הן בהערכות ההתנהגות האדפטיבית. התוצאה שתתקבל תהיה אחת משלוש אפשרויות: האדם מתאים לאבחנה של מש"ה; האדם אינו מתאים לאבחנה של מש"ה; או שלא התאפשר להגיע להחלטה אם האדם מתאים לאבחנה של מש"ה. יש להביא בחשבון גם את התוצאות החלקיות של ההערכה ולשים לב לפערים בין התוצאות השונות, אם ישנן.

פרשנות התוצאות צריכה לכלול שיפוט קליני, הדורש מומחיות וניסיון מרובים. שיפוט זה כולל יישום של הידע והמומחיות בנתונים, במשמעותם, בידע הנגזר מהם לעניין מש"ה ובהתרשמות הקלינית של המעריך מהמוערך. שיפוט זה יוצר שקיפות הן למוערך הן לקהל החיצוני שנהנה מההערכה, והוא צריך לבחון את מידת ההתאמה של פרשנות התוצאות למציאות של האדם המוערך כפי שהיא.

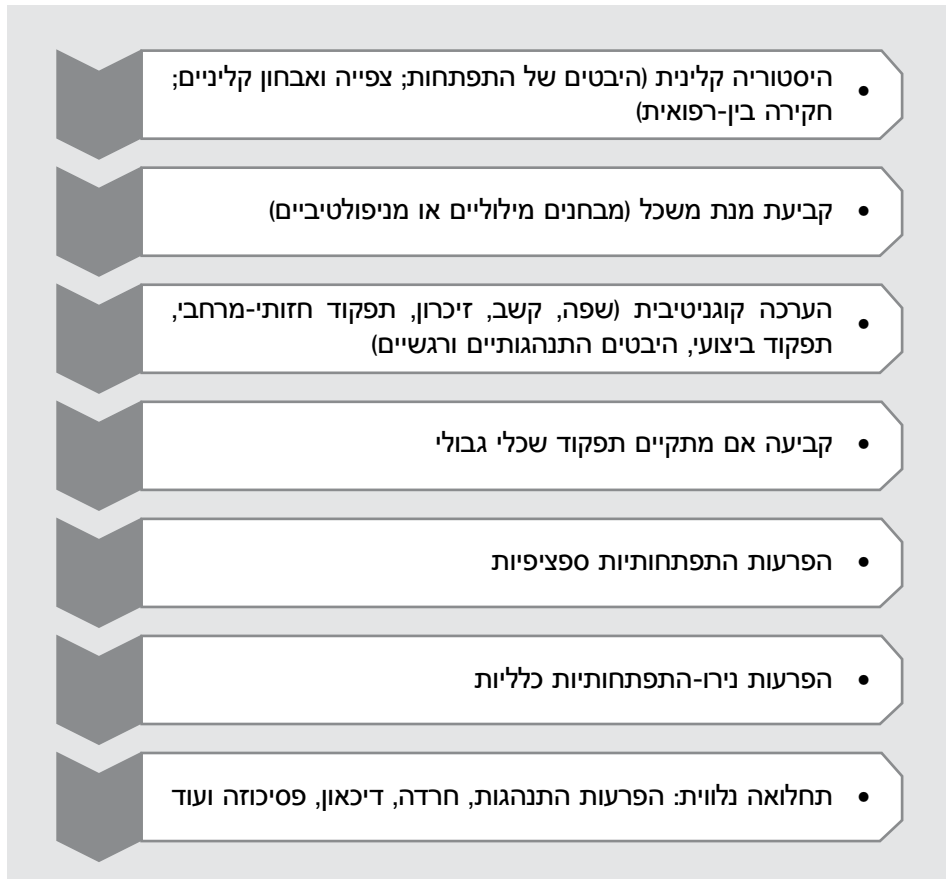
#### 5. דיווח תוצאות ההערכה או האבחון - בעת דיווח תוצאות ההערכה יש להתייחס

למידע המזהה של האדם המוערך ולסיבת ההפניה או האבחנה, לספק מידע רקע על האדם שמאובחן כמו למשל רקע התפתחותי, רקע רפואי, רקע חינוכי, סביבת מגורים ועוד. כן יש לתאר את התרשמות המעריך מהאדם המוערך בפגישות אלו. יש לפרט את המבחנים שנעשו, את תוצאות ההערכות לפי הכלים השונים ואת פרשנותם. לבסוף יש להעביר את האבחנה הסופית ואת ההמלצות הנובעות מאבחון זה.

התרשים שלהלן משקף את מערך האבחנה וההערכה של אנשים עם מוגבלות שכלית, כפי שמוסכם בספרות.



**תרשים 1: דרך האבחנה וההערכה של אנשים עם משי"ה**  
(Salvador-Carulla et al., 2013, p. 7)



---

# צורכי האוכלוסייה המזדקנת עם מוגבלות שכלית

---

לצורך התאמה טובה ובעלת סיכויי הצלחה גבוהים יותר של תכניות רווחה ושירותים המוצעים לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלויות בכלל (Council of Europe, 2006) ולאוכלוסייה המזדקנת עם מוגבלות שכלית בפרט, ומתוך פרפסקטיבה הומניסטית וחברתית למוגבלות, נדרשת הבנה מלאה של צורכי אוכלוסייה זו. צרכים אלה נחלקים לכמה מישורים (Heller & Factor, 2004):

## מגורים

עם עליית תוחלת החיים של האוכלוסייה עם מוגבלויות גובר הצורך לאתר פתרונות מגורים מחוץ לבית המשפחה. אלה כוללים למשל מבני מגורים בקהילה ותמיכה בהסדרי מגורים. ניכרת גם מגמה של המעטה באשפוז במוסדות ובבתי אבות. הגישה העדכנית בספרות היא גישת ה"הזדקנות בקהילה" (aging in place), הרואה בסביבת מגורים קבועה גורם התורם באופן משמעותי לרווחתו הכוללת של המזדקן עם מוגבלות שכלית. גישה זו המעדיפה את הטיפול בבית ובקהילה היא גם זולה יותר ומעדיפים אותה לא רק זקנים ובני משפחותיהם אלא גם קובעי מדיניות (יקוביץ, 2011).

בשנים האחרונות חל שינוי מתפיסה מדירה מהחברה המעדיפה פתרון של אשפוז לאנשים עם מש"ה לגישה מכילה הרואה את חובת החברה להעניק שירותים מבוססי-קהילה (Watchman, 2016). ככלל, מדיניות רווחה המכוונת לאנשים עם מוגבלות שכלית בעולם מדגישה את איכות חייה של אוכלוסייה זו ואת זכותה להיכלל בקהילה. הדגש הוא על מדיניות המאפשרת לאנשים עם מוגבלויות להישאר בסביבתם המוכרת, סמוך לבני המשפחה ולחברים, ולהימנע מאשפוז במוסדות מתוך הנחה שרציפות בסביבת המגורים חשובה גם לאיכות חייהם. אכן, סקירת המדיניות באוסטרליה, באנגליה, באירלנד, בקנדה ובארה"ב מעלה שפחות מ-10% מהאנשים עם מוגבלות שכלית מעל גיל 65 מאושפדים במוסדות, אף שניכרת עלייה משמעותית באחוז המאושפדים עם העלייה בגיל (Bigby, 2010).

נקודת המוצא הרווחת היא כי אוכלוסייה מזדקנת של אנשים עם מוגבלות שכלית תזדקק למשאבים ולתמיכות שיאפשרו לאנשים הללו במידת האפשר להמשיך לתפקד ולחיות באופן עצמאי במקום מגוריהם הנוכחי, למשל שירותים לטיפול אישי (personal care), טכנולוגיות מסייעות (ובהן מכשירי שמיעה ותנועה), התאמות סביבתיות, טיפול רפואי ביתי ותמיכות ביתיות נוספות.

עם זאת, הספרות מצביעה על מורכבותם של הצרכים הקשורים במגורים ועל השונות הקיימת בעניין זה בין האנשים עם מש"ה. למשל סקירת ספרות גדולה בנושא מצביעה על מחקרים המשקפים סיפוק אישי של אנשים עם מש"ה המתגוררים בבתייהם. לעומת זאת קיימת ספרות שממנה עולה כי שיעור גבוה של אנשים עם מש"ה מעדיפים שלא לגור עם משפחותיהם כדי לגלות יותר עצמאות. נראה גם שאנשים זקנים יותר מעדיפים פחות לגור מחוץ לבית המשפחה בהשוואה לאנשים מבוגרים בגילים צעירים יותר (Innes, McCabe & Watchman, 2012).

## צרכים הקשורים לפרישה מתעסוקה

מחקרים מלמדים שהתערבות בתחום הקוגניטיבי בקרב מוגבלים בשכלם בשכבות הגיל המבוגר עשויה לסייע להם לא רק בתחום הספציפי שהיא מיועדת אליו אלא גם במיומנויות חברתיות ותעסוקתיות (ליפשיץ, רנד והר-אבן, 1998).

בספרות נטען כי זקנים עם מוגבלות שכלית שונים מזקנים באוכלוסייה הכללית ברצונם לפרוש מתעסוקה, שכן רבים מהם ממילא לא מועסקים, מועסקים בהיקף נמוך או מוסיפים לעבוד, לרוב ללא תשלום, במסגרות שונות. בשל כך התייחסותה של אוכלוסייה זו לעניין הפרישה היא שונה מזו של מי שהיה מועסק בשכר מרבית חייו הבוגרים ועשוי ליהנות מתשלומי פנסיה בגיל זקנה. על כן יש לגלות את המשמעויות והחוויות השונות של אנשים עם מש"ה הקשורות בפרישה מתעסוקה ובמעבר לזקנה ובמיוחד את החסמים והגורמים המניעים מעבר חיובי כזה (Hahn et al., 2015). שירותים העונים לצרכים אלה הם למשל שירותיהם של מרכזי גמלאים ותעסוקת מבוגרים, תכניות תמיכה קהילתיות ותכניות לתכנון חינוכי בשלב מתקדם בחיים.

## תמיכה כלכלית

הואיל וחלק גדול מהאנשים עם מש"ה המגיעים לגיל הפרישה לא היו מועסקים ואינם מבוטחים בתכנית פנסיונית, אוכלוסייה זו נשענת על קצבת זקנה בלבד. זאת ועוד, כאשר המדיניות החברתית מעודדת מחיה בקהילה ובאזור המגורים הטבעי, אוכלוסייה זו ומטפליה אחראים לתשלום הוצאות המחיה. בשל כך תמיכה כלכלית הנשענת על השתכרות בסיסית בתקופת הזקנה אינה תואמת את צורכיהם הכלכליים של אנשים זקנים עם מש"ה הזקוקים לטיפול רחב היקף ולנגישות לשירותים בקהילה, ועליהם לשלם על מחיה, מגורים ועוד (Wark, Hussain & Edwards, 2014). היעדר תמיכה כלכלית נחשב אחד החסמים המונעים את השתלבותם של אנשים עם מש"ה בחברה ואת השתתפותם בפעילויות השונות בקהילה (van Schijndel-Speet, Evenhuis, van Wijck, van Empelen & Echteld, 2014).

## קידום בריאות טובה

נושאים מרכזיים הקשורים בקידום בריאות טובה של אנשים עם מוגבלות שכלית מזדקנים הם תזונה נכונה ופעילות גופנית מספקת, במיוחד לאור העובדה כי גורם הסיכון המרכזי של זקנים עם מש"ה הוא השמנת יתר (Haveman et al., 2009). כמו כן,

בשל העובדה שאנשים עם מוגבלות שכלית (בעיקר תסמונת דאון) הם בעלי סיכוי גבוה יותר ללקות בדמנציה, מוצע לבצע הערכה התנהגותית של מי שנמצא בסיכון או שחלה אצלו הידרדרות קוגניטיבית או פונקציונלית. הערכה כזו תצביע על הצורך לקיים הערכה מבדלת נוספת.

## אבחון, טיפול ושיקום

כדי להעניק שירותים המתאימים לצורכיהם של אנשים עם מש"ה יש לבצע קודם כול הערכה יסודית ומושכלת לאבחון הלקות. חשוב שהערכה זו תמנע ככל האפשר תיוג וסטיגמטיזציה ותניב תועלת למאבחן (British Psychological Society, 2015). הערכה זו מחייבת התמקדות בפרטים, היא עשויה לדרוש זמן ומצריכה מיומנות גבוהה של קלינאים.

הערכה ואבחון של קלינאים קובעים את זכאותם של אנשים עם מש"ה לשירותים ולזכויות שונות. הצורך בהם מתעורר למשל כאשר אדם עם מש"ה מעורב בהליך פלילי מצד התוקף או מצד הקרבן וכן יש בהם צורך לשם יישום חקיקה בתחום בריאות הנפש.

## צרכים של משפחות שהן הגורם המטפל העיקרי בבעלי מוגבלות שכלית

ההערכה היא שכ-75% מהאנשים עם מוגבלות שכלית מתגוררים בבית המשפחה. ברבע מבתים אלה המטפל הוא בגיל 60 ויותר והגיל הממוצע של בעל המוגבלות הוא 38 (Heller & Factor, 2004). ככל שתוחלת החיים של האנשים עם מוגבלות עולה עם השנים, כך צפוי שהטיפול המשפחתי בבעל המוגבלות יתארך אף הוא. זאת ועוד, מאפייני ההזדקנות של אנשים עם מש"ה מופיעים הרבה פעמים הן באדם עם המוגבלות הן אצל הוריו או מטפלו (טננבאום ואחרים, 2015). למשפחות מזדקנות יש קושי לטפל בבן המשפחה עם המוגבלות מפני שהן מתמודדות גם עם בעיות הקשורות בגיל, בתעסוקה, בבריאות ועוד, ומפני שהן עסוקות בתהליך הזדקנותן ומודעות לו (Baumbusch, Mayer, Phinney & Baumbusch, 2016; Brennan, Murphy, McCallion, Griffiths & McCarron, 2015). הן עסוקות גם בתכנון העתיד כאשר מתעורר קושי בטיפול בבעל המוגבלות. מחקרים מראים שלבני משפחה המטפלים באנשים עם מש"ה סיכוי מוגבר לחלות בתחלואות שונות (Yamaki, Hsieh & Heller, 2009). מכאן, וכפי שנראה למשל במחקר שנעשה בישראל (Carmeli & Merrick, 2010), נדרשת תמיכה ונדרש מידע הקשור במגורים, בעניינים כספיים, בקבלת החלטות עבור האדם עם המוגבלות ועוד (Janicki, McCallion, Force, Bishop & LePore, 1998).

## פנאי, תרבות וחינוך

בילוי בשעות הפנאי הוא תחום משמעותי בסדר יומם של אנשים עם מש"ה והוא מאפשר להם מעורבות אקטיבית וחברתית, ביטויים של העדפה אישית ובחירה וקבלת החלטות (אבו עיד [עבאס], 2010). גיל הזקנה מתאפיין בשינויים שיש להם השלכה על תחום הפנאי, ובהם פרישה מעבודה, אבדן ההורים וצמצום הרשת החברתית הקרובה -

שינויים המותירים זמן רב לפעילות. בשל כך גוברת החשיבות של התאמת סדר היום מבחינת שעות הפנאי למאפיינים ולרצונות של האוכלוסייה המזדקנת (בן נון, נאון, ברודסקי ומנדלר, 2008).

## **התמודדות עם מוות**

התמודדויות עם מוות מופיעות בחייהם של מזדקנים עם מש"ה דרך בני משפחותיהם, מטפליהם ומעגלים נוספים, וגם הם מתמודדים עם סוגיה זו בעצמם ככל שהם מזדקנים. כדי לסייע להם ולבני משפחותיהם להתמודד עם שכול ועם מוות צפוי מתגבר הצורך בהערכה, במידע ובתמיכה רגשית (Kirkendall, Waldrop & Moone, 2012). כדי לשפר את ההתמודדות יש לעודד דיאלוג עם קרובים ועם בני משפחה ובו לדון בהוראות מקדימות, במידת האפשר, ובתכנון המוות (Robinson et al., 2012). הספרות מדגישה את החסר העצום בהכשרת הצוות המטפל בשאלות של התמודדותם של אנשים מזדקנים עם מש"ה עם נושאים הקשורים לסוף החיים, וכנגדו את הצורך של המזדקנים עם מש"ה בליווי מטעם הצוות המטפל ברגעים משמעותיים אלה (Todd, 2013).

## **סנגור והגנה**

בשל יחס לא שוויוני לאנשים עם מש"ה, יחס שלילי אליהם וחוסר התאמה בין הצרכים של אוכלוסייה זו ובין השירותים המוצעים לה, נוצר צורך בסנגור והגנה ברמה המקומית וברמה המערכתית, לרבות יידוע בני משפחה ומטפלים באשר לשירותים הקיימים; הכשרה של מטפלים לקידום ההבנה של צורכי האנשים עם מש"ה; וסיוע בתקשורת הבין-אישית בין המטפלים והאוכלוסייה המטופלת (Robinson et al., 2012).

## **תיאום בין שירותים**

ככל שתוחלת החיים של אנשים עם מש"ה עולה, כך גדל היקף השימוש של אוכלוסייה זו בשירותי קהילה, בתכניות על בסיס יומי, בבתי אבות ובמתקנים לטווח ארוך המיועדים לאוכלוסייה הכללית. גם צריכת השירותים הרפואיים צפויה לגדול. ריבוי גורמי הטיפול ומורכבותם מחייבים תיאום ושיפור התקשורת בין נותני השירות למקבליהם, בין מטפלים באוכלוסייה עם מש"ה לנותני השירותים ובין נציגים של המדינה לנותני השירותים השונים (Robinson et al., 2012).

---

# טיפול במזדקנים עם תפקוד שכלי גבולי או לקויות למידה

---

## חובות התמיכה ותכניות השירותים מכוח המשפט ונורמות שקבעו איגודים מקצועיים

האמנה קובעת כי המדינות שהן צד לה צריכות לנקוט אמצעים הולמים ובני-תועלת לרבות בדרך של תמיכת עמיתים כדי לאפשר לאנשים עם מוגבלות להשיג ולקיים עצמאות מרבית, יכולת פיזית, שכלית, חברתית ויכולת תעסוקה מלאה, ושילוב והשתתפות מלאים בכל היבטי החיים. לשם כך עליהן לחזק ולהרחיב שירותים ותכניות מקיפות להכשרה ולשיקום, בפרט בתחומי הבריאות, התעסוקה, החינוך והשירותים החברתיים עד שאלה יקיימו את התנאים הבאים (סעיף 26(1)):

1. יתחילו בשלב מוקדם ככל האפשר ויתבססו על הערכה רב-תחומית באשר לצורכי הפרט ולנקודות החוזק שלו;

2. יתמכו בהשתתפות מרצון בקהילה ובחברה ושילוב בהן על כל היבטיהן.

האמנה אף מדגישה כי על המדינות לקדם את פיתוח ההדרכה הראשונית והמתמשכת לאנשי מקצוע ולסגל העובדים בשירותי הכשרה ושיקום, וכן את זמינותם של מתקני עזר וטכנולוגיות עזר המיועדים לאנשים עם מוגבלות, ואת הידע והשימוש בהם הנוגע להכשרה ולשיקום (סעיפים 26(2), 26(3)).

האמנה גם מחייבת מדינות להכיר בזכותם של אנשים עם מוגבלויות להגנה סוציאלית ולהנאה מזכות זו ללא הפליה בשל מוגבלות, ולהבטיח לקשישים עם מוגבלויות גישה לתכניות הגנה סוציאלית, להטבות פנסיה ולתכניות פנסיה (סעיף 28(2)(ב), 28(2)(ה)).

מסמך הצהרה משותף של האיגוד האמריקני למוגבלות שכלית והתפתחותית (AAIDD) והארגון לאנשים עם מוגבלות שכלית והתפתחותית (The Arc) משנת 2008 מכיר בזכותם של בעלי מוגבלויות מזדקנים ליהנות מזכויות, מכבוד ומהזדמנויות שוות לאלה של כל אדם מזדקן בחברה, להיות חופשיים מאפליה, ליהנות מהנגשה מתאימה לשירותים חברתיים מבוססי-קהילה, לתחבורה, לשירותים משפטיים ולשירותים אחרים. כן מבהירה ההצהרה כי לבעלי מוגבלויות אלה יש זכות ליהנות משירותי דיוור מגוונים ומשירותי בריאות המתאימים לגילם ולמצבם הפיזי והמנטלי, משירותי שיקום מתמשכים כל זמן שהם זקוקים להם, לקבל תמיכות כדי לחיות, לעבוד, לשחק, לפרוש לפי העדפותיהם, וכן לקבל טיפול על ערש דווי ותמיכה לבני משפחותיהם המסייעים להם בתהליך הזקנה. יש להם זכות שלא לחוות אשפוז לא ראוי, או ניצול או הזנחה מצד קרוביהם או חברי

הקהילה שלהם. נוסף על כך, יש להם זכות לקבל נגישות לתמיכה כלכלית שתפרוס לפנייהם הזדמנויות פרישה הזמינות לזקנים אחרים בחברה (AAIDD & The Arc, 2008). גם מחקרים איכותניים מעידים על ציפיותיהם של בעלי המוגבלות המזדקנים לפעילויות משמעותיות יותר, ליחסים חברתיים חיוביים יותר ולאוטונומיה אישית רבה יותר (Salvatori, Tremblay & Tryssennar, 2003).

## תכניות ושירותים למזדקנים עם מש"ה בישראל ובעולם

### שירותים הניתנים בישראל

השינוי הערכי והחברתי ביחס לאוכלוסיית בעלי המוגבלויות בכלל ולאנשים עם מש"ה בפרט הביא אתו שינוי ארגוני ותפיסתי במבנה האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים בישראל. שינוי זה כלל פיתוח של שירותים בקהילה ותכניות שממוקדות בפרט לצד הטמעת מושגים כמו בחירה, קידום אישי, סנגור עצמי, יכולת קבלת החלטות ועוד (עמינדב וניסים, 2015). שינוי זה משקף מעבר לגישה של התמקדות בלקוח בניגוד למודל המסורתי של התמקדות בארגון. הוא מסמל חשיבה שמאפשרת הענקת שליטה ואוטונומיה לצרכנים בעניין השירותים שהם זקוקים להם ומעבירה אליהם את רוב האחריות והבחירות בקשר לשימוש בשירותים (יקוביץ, 2011). כן פותחו תכניות עבודה ייעודיות בנושא מניעת נפילות בקרב מזדקנים עם פיגור שכלי (ניסים, גורבטוב ובן-שמחון, 2011). בכל הנוגע לאנשים עם פיגור שכלי, גובשה מדיניות המתייחסת לחמישה היבטים (עמינדב וניסים, 2011):

1. הפרט - שיפור ההיכרות עם המזדקן ועם צרכיו המשתנים, התייחסות למאפייניו הייחודיים, הכנתו לקראת הזקנה, שימור יכולותיו וטיפול קשריו החברתיים והתמיכה בו
2. המשפחה - הגברת מעורבות המשפחה בחיי המטופל ויצירת הזדמנויות לפיתוח קשרים עם בני משפחה ולשימורם
3. הסביבה החברתית - העלאת המודעות למקומם של מזדקנים עם מוגבלות שכלית בחברה
4. המאפיינים הסביבתיים - יצירת סביבה פיזית מותאמת לצורכי המזדקן אגב שמירה על עצמאותו ועל כבודו
5. הצוות המטפל - פיתוח הכשרה מתאימה והטמעת כלים להענקת מענה הולם למטופלים ומתן תמיכה בעובדים בתחום

האגף לטיפול באדם עם מש"ה מספק רצף תכניות ושירותים בכל תחומי החיים המבוסס על כמה עקרונות (שלום ואחרים, 2015, עמ' 564-565):

1. עידוד ופיתוח עצמאות, בחירה אישית ומיצוי הפוטנציאל האישי
2. קביעת תכנית קידום אישית לכל אדם בשיתוף עמו ועם בני משפחתו
3. הצבת האדם עם מש"ה ומשפחתו במרכז, לצד פיתוח שירותים ותכניות בקרבת אזור מגוריו ובסביבתו הטבעית, ברצף ובמגוון לכל רמות התפקוד ולכל שלבי החיים

האגף מעניק מגוון שירותים ובהם:

1. שירותי אבחון - ועדות אבחון, חינוך חברתי מיני ופיתוח תכניות קידום
2. רצף שירותים יומיים בכל תחומי החיים ובכל רמות התפקוד לאנשים המתגוררים עם משפחותיהם ובקהילה
3. מסגרות דיור שונות - הוסטלים, מערכי דיור, דירות עצמאיות ומוגנות, דיור במשפחות אומנה ומעונות פנימייה
4. שירותי בריאות, תעסוקה, פנאי וטיפול

## מערכי דיור למזדקנים עם מש"ה בישראל - מודלים לדוגמה

### מערך דיור ק.ש.ר הפרחים<sup>5</sup>

מערך הדיור "ק.ש.ר. הפרחים" הוא מסגרת לדיור עצמאי משותף לאוכלוסייה בוגרת המוגדרת גבולית מבחינה שכלית והתפתחותית. חברת ק.ש.ר. (ראשי תיבות המסמלים "קיים, שייך, רצוי") היא חברה בעירבון מוגבל המחזיקה את הדירות בבעלותה ומשמשת זכיון של משרד הרווחה משנת 1994. המערך כולל יחידות מגורים בכרמיאל ובקריית אתא (בסך הכול 20 דיירים) ומנהלת אותו משנת 2010 הגברת סיגל קוסן-גבע. הדייר המבוגר ביותר במערך הוא בן 68 והוא מתגורר במקום כארבע שנים. מערך הדיור הוקם לאור ההבנה שלאוכלוסייה הבוגרת צרכים ייחודיים משלה ושהדיירים הבוגרים והמזדקנים רוצים לגור לצד השווים להם ולא עם אוכלוסייה צעירה. דיירים מזדקנים הביעו שביעות רצון מהמעבר למערך מגורים ייחודי וראו בשותפיהם למגורים "חברה". עם זאת, הגיל אינו מהווה רף מכריע לשיבוץ למערך הדיור אלא רמת התפקוד וההתנהגות הכללית ורצון הדייר. דיירים המגלים התנהגות ילדותית ומותאמת פחות לגיל המבוגר (בעיקר דיירים שגדלו בדרך הזו) מועברים ליחידות הדיור לצד דיירים צעירים יותר. ביחידות המגורים למבוגרים מתגוררת גם דיירת צעירה שהעדיפה סביבה מנוהלת יותר על-פני מסגרת עצמאית יותר, המאפיינת מגורים של דיירים צעירים יותר.

מערך הדיור לדיירים מזדקנים מתאפיין ברמות נמוכות של אוטונומיה המוענקת לדיירים וברמות גבוהות של הגנה ותמיכה רפואית וסיעודית בסביבה מנוהלת מאוד. מושם דגש על קידום ענייני בריאות, טיפול תרופתי, הליכה שגרתית לרופאים מקצועיים, מעקב, פיקוח והקפדה בענייני תזונה (בשל שכיחות גבוהה יותר של חולי בסוכרת ובעודף כולסטרול), טיפול פסיכיאטרי ועוד. הצוות מנהל את סדר היום, כל הדיירים חייבים לתרגל פעילות גופנית, הארוחות משותפות והתפריט קבוע, הצוות מכין את האוכל ולא הדיירים, הצוות מנקה את הדירות ומכבס והשגרה ידועה וברורה מאוד. המבנה המוקפד מאפשר לשמר את אורח חייהם של הדיירים, להאריך ואף להיטיב אותם. לדברי מנהלת המעון, "לחלק מהדיירים נלקחה האוטונומיה האישית. רובם אנשים שנוהלו כל חייהם. ההורים לא אפשרו תהליכי היפרדות טבעית. חלק מהם גדלו בתנאים לא טובים בקהילה. רובם מקבלים את זה באהבה. חלקם מפנימים את השפה. חלק מרגיש דווקא אוטונומיה רבה יותר פה. חלק אף דורשים יותר ניהול. יש משהו בסדר שיש בחיים המנוהלים שעושה להם טוב."

5 האמור בנושא זה מבוסס על ריאיון בן 45 דקות עם מנהלת מערך הדיור, סיגל קוסן-גבע, ביום 25 באוקטובר 2016.



לצד הסביבה המנוהלת והמוקפדת מאוד, נעשית עבודה קבוצתית בשאלה איזו זקנה הדיירים היו רוצים. ההתנהלות במקום אינה כבבית אבות מכיוון שהצוות מצפה מהדיירים לתפקד כפי יכולתם ולקבל אחריות על פעולות מחיה שוטפות כמו כניסה למקלחת, לבוש, קימה בבוקר והליכה לעבודה וכיוצא בזה. דיירים שלא אוהבים את הסביבה המנוהלת יכולים לתפקד בצורה עצמאית יותר מועברים לדירות שבהן גרים דיירים צעירים יותר. חלק מהדיירים מגיעים למערך הדיור לאחר שהוריהם נפטרו או הזדקנו מאוד ורק אחיהם נותרו בסביבה. לחלק מהדיירים יש אפוטרופוס חיצוני כמו הקרן לטיפול בחסויים. חלק מהם מנהלים חשבון בנק בשיתוף המשפחה וחלק באופן עצמאי. חלקם מנהלים מערכת יחסים זוגית לראשונה בחייהם.

בכל הנוגע לצורכי התעסוקה והפנאי של הדיירים, המקום מבטיח קיום תכנית עבודה מותאמת ליכולותיהם ולצורכיהם של הדיירים. בעבר עבד אחד הדיירים בשוק החופשי אך נתקל בקשיים ועזב. שלושה דיירים עובדים כיום במפעל שחורט על דגלו שילוב קהילה מוגנת וקידום אקולוגיה. העבודות הן מגוונות וכוללות משימות שיווק, מכירות, שינוע, עבודה במעבדות ועוד. רוב הדיירים עובדים במפעלים מוגנים בתכנית תעסוקה אישית המתאימה לרמת התפקוד שלהם ולרצונותיהם. כך, דיירים שרמת התפקוד שלהם פוחתת מועסקים בעבודות במדרג פחות מבחינת מדידת תפוקות כמו למשל אמנות, עמלנות, התעמלות וכיוצא בזה. דיירים שמראים רצון לקבל תלוש משכורת ולהימדד לפי ביצוע ישולבו יותר במפעל.

לכל בית מצוותים עובד סוציאלי, פסיכולוג, פסיכיאטר ומדריכה מובילה, בעלת ניסיון רב שנים בטיפול באנשים עם מש"ה (למשל עבודה באלו"ט). מנהלת המערך היא בעלת תואר ראשון בפסיכולוגיה וחינוך מיוחד ותואר שני במנהל עסקים. בזמן האחרון התווספה לצוות מדריכה בתחום הסייעודי המעניקה סיוע בהיקף של שעתיים ביום למשימות של רחצה, ניקיון הבית ועוד. הצוות מתעדכן בישיבות קבועות ודן במצב הדיירים ובדברים הנחוצים להם.

שהות הדייר במערך הדיור ממומנת באמצעות 80% מהקצבה שלו. יתרת הקצבה משמשת דמי כיס לדייר. משרד הרווחה הוא מקור המימון היחידי של חברת ק.ש.ר. והוא גם מפקח על הפעילות הנעשית במקום. עם זאת, לדברי מנהלת מערך הדיור גישת אגף השיקום כיום היא שיקומית ומטרתה לצייד את הדייר במיומנויות למחיה עצמאית, להעבירו בהמשך לדירה עצמאית יותר, לדירת לוויין ומשם לדיור חזרה בקהילה. תפיסה זו, שמכתיבה גם אופן מימון דיפרנציאלי, אינה הולמת מזדקנים עם מש"ה, שרמת התפקוד שלהם פוחתת עם השנים ומידת התלות שלהם בצוות המטפל דווקא הולכת וגדלה. אוכלוסייה זו עוברת תהליך רגרסיבי ולא פרוגרסיבי. חלקה מתמודד עם תהליכים דמנטיים, אשפוזים רבים וצריכה מוגדלת של תרופות והתערבות רפואית. לכל אלה לא קיים מענה בתעריף המיועד למערך הדיור. בשל כך פרסם משרד הרווחה בעת האחרונה מכרז להפעלת שתי מסגרות חוץ-ביתיות לאנשים בני 55 ומעלה עם לקות פיזית קלה או הנמכה קוגניטיבית שנמנים עם אוכלוסיית אגף השיקום מכל המגזרים במחוז והצפון ובמחוז ת"א והמרכז.<sup>6</sup> עם זאת, אחד מתנאי המכרז הוא שמנהל מערך

6 משרד הרווחה והשירותים החברתיים. מכרז פומבי 192/2016 (עותק אצל המחבר).

הדיור יהיה בעל רקע בניהול בתי אבות. לדברי מנהלת מערך הדיור ק.ש.ר., אף שרקע בניהול בתי אבות משמעו ידע בגרונטולוגיה והבנה טובה יותר של צורכי המזדקנים והזקנים, עלול להשתמע מהמרכז מסר שמערך הדיור ינהל כבית אבות. מסר זה שונה מרוח ההתנהלות כיום בק.ש.ר. שלפיה כל דייר צריך לעסוק בפעילות התואמת לרמת תפקודו אגב עידוד לפעילות בתעסוקה ובפנאי. יש להבטיח שהמערכים שיוקמו ישרו אווירה של בית ומשפחתיות.

נוסף על כך עולה כי לא קיימת הכוונה ברורה באשר לשלב התפקודי שממנו ואילך יוכל הדייר לעבור למוסד שנותן מענה למוגבלים או לזקנים באחריות משרד הבריאות. כיום מערך הדיור אינו מותאם מבחינת נגישות לאנשים עם מוגבלויות פיזיות. שני דיירים שחלו בסוכרת ובפרקינסון הוצאו מהמערך בצער רב בשל חוסר היכולת לתמוך בהם והם הועברו לבית אבות. מהלך זה מנוגד לגישת ה"הזדקנות בקהילה" שמכירה בחשיבות האפשרות להזדקן בבית. יש לקוות שמערכי הדיור הייעודים לאוכלוסייה המזדקנת עם מש"ה יספקו מענה רחב, שיבטיח את מימוש התפיסה הזו בהזדמנויות רבות יותר.

### כפר עידוד<sup>7</sup>

כפר עידוד הוא מערך דיור קהילתי של אוכלוסייה בוגרת עם מש"ה הנמצא בנתניה. המערך כולל 168 יחידות דיור עצמאיות. לכל דייר בית משלו הנמצא בבעלות בני המשפחה של הדייר.<sup>8</sup> ישנו גם מספר קטן של בתים בבעלות יזמים פרטיים באישור המשרד ובפיקוחו. הגיל המקסימלי לכניסה למערך הדיור הוא 40. כיום זהו גם הגיל הממוצע של הדיירים. יותר מ-10% מהדיירים הם בני 60 ומעלה. הדייר המבוגר ביותר במקום הוא בן 72 והוא מתגורר בכפר משנת 1995. מבחינת מורכבות הלקויות, לכל הדיירים יש בעיה בשיפוט של המציאות. לחלקם ישנן בעיות התנהגות ברמות שונות. האוכלוסייה הטרוגנית. הדיירים מתקבלים לאחר אבחון של משרד הרווחה ולאחר מפגש עם ועדת קבלה (פסיכולוג, פסיכיאטר ועובד סוציאלי), המתרשמת מהמועמד ומסתמכת גם על מסמכים בעניינו.<sup>9</sup> את הכפר מנהלת עמותה והוא זוכה למימון ולפיקוח של משרד הרווחה. הכפר מקבל תרומות למימון פעילויות לא שוטפות ובני המשפחה של הדיירים משלמים השתתפות מועטה לצורך תשלום ארנונה. את העמותה מייסדת הכפר הקימה קבוצת הורים לאנשים עם מש"ה שחיפשו "בית לחיים" לילדיהם.

צוות הכפר מונה 80 עובדים, חלקם מועסקים במשרות מלאות וחלקם - בהיקף חלקי. הצוות מקבל הדרכה של פסיכולוג ועובד סוציאלי. לכל בניין אחראי עובד סוציאלי במשרה מלאה. לכל דייר יש מדריך אישי, הרואה את הדייר מדי יום, מסייע לו, מלווה אותו לרופא וכיוצא בזה. המדריך אינו בעל רקע ספציפי אלא הוא אדם מבוגר בעל ניסיון, המקבל הכשרה מפסיכולוג הכפר ובונה תכנית שיקום מיוחדת לכל דייר בשיתוף

7 האמור בנושא זה מבוסס על ריאיון בן 45 דקות שנערך עם מנהלת מערך הדיור, שוש זיסמן, ביום 13 באוקטובר 2016.

8 כיום ישנם 146 דיירים ועוד חמישה דיירים מיועדים להצטרף.

9 מועמדים נדחו לדוגמה במקרה של נשים שהיה נראה כי הן זקוקות לקשר או לתיווך מתמיד ולא יכולות לגור באופן עצמאי, ובמקרה של אנשים עם בעיות התנהגות קשות, למשל יצירת יחסים ספונטניים עם זרים. לאלה התאימה יותר מסגרת קטנה ומתווכת.

הצוות. כמו כן, המדריכים עוברים השתלמויות במשרד הרווחה. מנכ"לית העמותה היא עובדת סוציאלית אשר שימשה מנהלת מקצועית במשך 11 שנים. היא נמצאת במקום מאז הקמתו. בכפר פועלת מרפאה שבה יש אחיות בכל יום מהבוקר ועד שעות הערב וכן רופא שלושה ימים בשבוע, המלווה את האחיות ומבצע בדיקות שגרתיות לדיירים.

בכפר ההתייחסות אל הדיירים הזקנים עם מש"ה היא כאל מי שיכולים לגור בבתייהם באופן עצמאי. מוצעים להם שלושים חוגים וכן אירועים ופעילויות. בחדר האוכל מוגשות חמש ארוחות ביום. מרכז התעסוקה בכפר מציע למעוניינים הזדמנויות תעסוקה ופנאי המבוססות על תכנית אישית. כ-50% מהדיירים עובדים בשוק החופשי. 20% מהדיירים עובדים במפעלים מוגנים מחוץ לכפר ויתר הדיירים זקוקים לתמיכה ולהכוונה רבות יותר. מרכזי העבודה שבכפר הם משתלות, מרכז תעסוקה המקבל בקשות עבודה מספקים חיצוניים, מרכז תעסוקה המפתח ומשווק מוצרים ייחודיים ועוד. המרכזים מקדמים אל תעסוקה מחוץ לכפר את המסוגלים להתקדם ויוצרים רצף תעסוקתי למי שמתפטר או מפוטר מתעסוקה חיצונית.

עבודת הצוות נעשית בשיתוף עם הדיירים. המטרה היא להבטיח לדיירים איכות חיים טובה יותר ולסייע ככל האפשר לצורך זה. מדיניות הכפר היא לבדוק באופן פרטני את הצרכים של הדיירים ולתת להם מענה. בעבודה הזו משותפים גם בני המשפחה, לרבות אחים ואחיות שנותרו בסביבתו של הדייר לאחר מות הוריו. הכפר מעודד גם את בני המשפחה לערוך צוואות לטובת הדיירים ולהבטיח את עתידם הכלכלי.

לדברי מנכ"לית העמותה, הדיירים המזדקנים והזקנים מאופיינים בהיותם אטיים יותר, סובלים מבעיות רפואיות רבות יותר ומבעיות משמעותיות יותר. לעת הזאת אין הם נדרשים להשגחה גדולה יותר ואולם העמותה הקימה ועדת היגוי מיוחדת לנושא זה והיא פעלה במשך שנתיים ויצרה תכנית עבודה לקראת מעבר לגיל זקנה.<sup>10</sup> התכנית מתייחסת למצבים שבהם נדרשת השגחה על הדייר בכל שעות היממה ולהקמת מרחב טיפולי תומך שאותו איישו מדריכים. לצורך זה הוקצו בבניין שליד מרפאת הכפר שתי דירות שישמשו למגורים של ארבעה דיירים ונבנתה להן מעלית. כיום ישנו מועמד אחד למעבר למערך המגורים הזה. המועמד סובל מבעיות ניידות ובני משפחתו מסרבים להעבירו לבית אבות. תפיסת העולם של הכפר נוטה להשאר את הדייר בביתו ובסביבתו הטבעית זמן רב ככל האפשר. תפיסה זו זוכה לתמיכה של משרד הרווחה אך טרם קיבלה ביטוי בתקציב. ככלל, העבודה עם משרד הרווחה מתאפיינת בהערכה הדדית, שיתוף הפעולה עם פקחי המשרד נעשה בדרך של כבוד והכפר רואה במשרד כתובת לפתרון בעיות ולחשיבה משותפת.

---

10 ועדת ההיגוי הוקמה בשנת 2007. דו"ח מסכם שלה פורסם בשנת 2010 והוא מצוי בידי המחבר. הוועדה בחנה שאלות כגון מהו הגבול להשארת אדם בדירה משלו ובדירה בכפר; מהם גבולות המחויבות של העמותה כלפי הדיירים שלא ישנו את אופי הכפר ואת צביונו כמערכת שיקומית ועוד.

## שירותים הניתנים בעולם - מבוא

תכניות הרווחה והשירותים הניתנים לאנשים זקנים עם מש"ה מגוונים ומאורגנים באופן שונה במדינות השונות. בארה"ב אנשים עם מוגבלות שכלית משויכים לקבוצת בעלי המוגבלויות ההתפתחותיות, ואילו בקנדה ובאוסטרליה אפשר לאתר מספר מוגבל של תכניות מדיניות המתייחסות באופן ספציפי לאנשים עם מוגבלות שכלית (Bigby, 2010).

עם זאת, בחינה משווה וכוללת של סלי שירותים המוצעים לבעלי מוגבלות שכלית מזדקנים בכמה מדינות מפותחות בשנים האחרונות מעלה כי שיעור גבוה משירותים אלה הוא שירותים מקומיים, מוגבלים ותחומים בזמן או נסיוניים והם אינם משקפים תכניות לטווח ארוך שיש להן תשתית מדיניות ברורה. מטרת שירותים אלה היא לתת פתרון למצבים אד-הוק והם אינם פועלים בהכרח באופן קוהרנטי בתוך המדינות (בעיקר במדינות פדרליות) (Bigby, 2010, p. 6).

בחינת מדיניות המגורים של אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית מצביעה על שילוב כושל של אוכלוסייה זו עם חוסים אחרים במוסדות המסווגים לפי גיל, על אי התאמה בין צורכיהם של האנשים עם מוגבלות שכלית השוהים במוסדות אלה ובין צורכיהם של הדיירים האחרים, על היותם לרוב צעירים יותר ובעלי סיכוי נמוך יותר ללקות בדמנציה בהשוואה לאחרים באותם המוסדות ועם זאת על נטייה לשהות פרקי זמן ארוכים יותר במוסדות הללו (Bigby, 2010, p. 10).

גם בעניין הבריאות נטען כי בשל העובדה שאנשים עם מש"ה מבוטחים למשל בארה"ב בעיקר ב"מדיקאיד" (Medicaid, ביטוח בריאות ממשלתי למעוטי יכולת) ומכיוון שספקי שירותי בריאות רבים לא מקבלים מטופלים המבוטחים בתכנית זו או מקבלים מעטים מהם בלבד, אנשים עם מש"ה פונים למרפאות שיש אליהן תורים ארוכים או שמטפל בהן צוות רפואי לא מנוסה בתחום המש"ה ומשום כך יכולתם לקבל טיפול מחוץ למסגרת השעות הרגילה מוגבלת (Robinson et al., 2012). ממצאים אלה מצטרפים לעדויות כלליות בדבר יחס בלתי שוויוני שאוכלוסייה זו מקבלת ממטפלים בהיבטים של נגישות לטיפול רפואי, ידע, תקשורת ואיכות הטיפול (Ward, Nichols & Freedman, 2010).

בספרות תואר האתגר הנובע מהיעדר טיפול מותאם באוכלוסיית המזדקנים עם מש"ה (חובב ועמינדב, 2006). עם השנים חלו שינויים דמוגרפיים וסוציו-אקונומיים שבעקבותיהם התעצם הצורך להתמודד עם אתגר זה. אלה כללו גידול באוכלוסיית הזקנים בעלי המוגבלות הנובע גם משיפורים טכנולוגיים, שיפור התנאים והטיפול והתפתחויות רפואיות, הרחבת שירותי האבחון, הרחבת האפשרויות הטיפוליות בתחומי דיור, תעסוקה ופנאי, פיתוח שירותים חדשים, שינויים דמוגרפיים בפרופיל דיירי מעונות פנימייה, שינוי מדיניות אשפוז בתחום בריאות הנפש, תפיסה של קובעי מדיניות שמחזקת את מדיניות "עם הפנים לקהילה" ושינוי תפיסתי אצל אנשי מקצוע בעולם המערבי הנוטה לגישת זכויות, הכלה, השתתפות ושוויון לאנשים עם מוגבלות (עמינדב וניסים, 2015).

אחד האתגרים המרכזיים בטיפול באוכלוסייה זו הוא החשיבות ביישום עקרונות של נורמליזציה והכלה של אנשים עם מוגבלויות בשירותים הכלליים (Bigby, 2010). הספרות מתארת מחסור בתכניות תמיכה ושילוב בתעסוקה וצורך בעוד הזדמנויות לפעילויות

בפנאי ותכניות פרישה (Janicki & Ansello, 2000; Salvatori et al., 2003). בקנדה, למשל, נטען שיש צורך בתמיכה רבה יותר בבני המשפחה ובהפחתה בעול המוטל על המטפלים באדם עם המוגבלות, צורך בעזרה בקבלת החלטות, בתכנון סוף החיים ובייצוג משפטי. כן הודגשה חשיבות המעבר לשירותים פרטניים רבים יותר וצמצום ההסתמכות על תכניות כוללניות (Salvatori, Tremblay, Sandys & Marcaccio, 1998).

עדויות מהספרות מצביעות על נטייה להעביר בעלי מוגבלות שכלית רבים יותר ובגיל מוקדם יותר לבתי אבות ולמוסדות גריאטריים בהשוואה למזדקנים אחרים. כן עולה מהספרות שלחוסים במוסדות אלה בעיות בריאותיות קלות מלחוסים ללא מוגבלות (Webber, Bowers & McKenzie-Green, 2010). זאת ועוד, מחקר מאוסטרליה מעלה שהחלטות בנושא מעבר של בעלי מוגבלות שכלית ממסגרות דיור בקהילה למוסדות סגורים אינן מתחשבות בהעדפותיהם של בעלי המוגבלויות המתגוררים במסגרות אלה אלא נשענות על דעתם של המדריכים במקום המשרתת, כביכול, את האינטרסים המיטביים של הדיירים (Webber et al., 2010).

מחקר משוודיה מראה כי מדריכים במסגרות אלה מתקשים לתפוס את תהליך הזדקנותם של בעלי מוגבלות שכלית ובכל מקרה משקיפים על ההזדקנות בתוך מודל רפואי של מוגבלות ומתעלמים מההיבטים ומההשלכות החברתיות שלה (Kählin, Kjellberg & Hagberg, 2016a). מחקר נוסף חושף את חולשתם ואת העדר כוחם של בעלי המוגבלויות המתגוררים במסגרות אלה (Kählin, Kjellberg & Hagberg, 2016b). מחקר זה ממחיש כי בעלי המקצוע פועלים בניגוד לתפיסה הומניסטית של מוגבלות ולא נותנים ביטוי מספק לקולו של האדם עם המוגבלות.

ביקורת נוספת המופיעה בספרות היא כי בשל הסתמכותם של מזדקנים עם מוגבלויות התפתחותיות ובני משפחותיהם על כמה מערכות שירותים (שירותי בריאות, שירותים במישור ההתפתחותי ושירותים לזקנים בכלל) נוצר סיבוך בתחום מימון השירותים, התיאום ביניהם ואספקתם (Salvatori et al., 1998) והוא פוגע בסופו של יום באוכלוסייה זו (Lavin & Doka, 1999).

בפסקאות הבאות יסקרו שירותים חברתיים הניתנים במדינות שונות בעולם.

## ארה"ב

חוק האזרח הוותיק האמריקני משנת 1965 מעניק שירותי תמיכה כוללניים לזקנים עם מוגבלויות ולבני משפחותיהם הזקנים. בשירותים אלה נכללים הקמת מרכזי זקנים, מרכזי הזנה, אספקת ארוחות לבתים, שירותי משק בית, הסעות, שירותי תמיכה וסיוע כספי לבני משפחה זקנים המטפלים באדם אחר וכן הקמת מרכזי משאבים לזקנה ולמוגבלות במדינות השונות (Older Americans Act, 1965). נוסף על כך, סוכנויות פדרליות מממנות הזדמנויות תעסוקה לזקנים עם מוגבלויות ותכניות התנדבות.

בשנות התשעים הייתה לארה"ב מדיניות ברורה שביקשה לשלב את בעלי המוגבלויות הזקנים בתכניות יומיות למבוגרים ולהימנע מאשפוז במוסדות לטיפול בזקנים. תיקון חקיקה משנת 1987 לחוק האזרח הוותיק האמריקני אפשר לזקנים עם מוגבלות שכלית

לקבל שירותים כלליים לזקנים, יצר מימון לרופאים מיוחדים ועודד סוכנויות מדינתיות ולא-ממשלתיות לכוון תכניות משותפות עצמאיות ובשיתוף המדינות לפיתוח שירותים בעבור זקנים עם מוגבלות שכלית. בד בבד, תיקון לחוק הרפורמה בבתי אבות משנת 1987 (Nursing Home Reform Act) התייחס לאשפוזים לא ראויים של אוכלוסייה זו והגביל את קבלתה וקבע שהיא תופנה למעונות ייעודיים לאנשים עם מש"ה בלבד וכן קבע את הגדרת המוסדות האלה. כמו כן הוא יצר תשתית להענקת שירותים לאלו שנשארו במוסדות.

בשנת 1989 חתם מנהל המוגבלויות ההתפתחותיות (Administration on Developmental Disabilities) על הסכם לשיתוף פעולה עם מנהל הזקנה (Administration on Aging) לקידום ההכשרה בנושא זקנה ומש"ה וכן חלוקת משאבים ותקציבים מתאימים. במיוחד בלט הצורך להניע שיתוף פעולה בין סוכנויות וגופים המתמחים בשירותים לזקן לבין אלה המקדמים זכויות של אנשים עם מוגבלויות ומציעים שירותים מגוונים לאנשים אלה (Janicki et al., 1998). תיקון חקיקה משנת 2000 קבע מימון לשירותים המוצעים לבני משפחה המטפלים באנשים עם מש"ה המגיעים בעצמם לגיל זקנה (מעל גיל 60). שיתוף פעולה בין מנהל הזקנה לבין מרכזי התכניות לביטוח בריאות ציבורי (Centers for Medicare and Medicaid) בשנת 2003 הביא לפיתוח עשרות מרכזי משאבים בנושא זקנה ומוגבלות (Aging and Disabilities Resource Centers), שחלק ניכר מהם מיועד גם לאוכלוסייה עם מש"ה ולבני משפחותיהם (Heller, Caldwell & Factor, 2007).

### **רכז שירותים לאוכלוסייה עם מש"ה**

רכזי שירותים במדינות השונות מטעם ביטוח הבריאות הממשלתי למעוטי יכולת (Medicaid) מספקים שירותים שונים למי שנכלל במאגר המידע של אנשים עם מש"ה במדינה. תפקידם כולל הערכת תפקוד, תכנון טיפול, מתן הפניות לנותני שירותים נוספים, ניטור, ביצוע פגישות מעקב ורישום פורמלי של השירותים הניתנים. אין חובה שרכזים אלה יהיו עובדים סוציאליים ולא נדרש ניסיון רב והיכרות עם אנשים עם מש"ה. ואולם במשך השנים חלה עלייה במספר המטופלים לרכז שירותים ופחתה תדירות המפגשים האישיים עמם. במדינת ניו-יורק למשל החל משנת 2010 עלה מ-25 ל-40 המספר המרבי של אנשים עם מש"ה שעמם מקיים רכז שירותים פגישה אישית. משקל נוסף ניתן למי שמתגורר במוסד סגור. גם מספר המפגשים הפרונטליים פחת ממפגש חודשי לשלושה מפגשים בשנה (Robinson et al., 2012).

המשרד למוגבלויות התפתחותיות מימן כמה תכניות הכוללות הכשרה בנושא זקנה ומוגבלות התפתחותית בשיתוף עם אוניברסיטאות (למשל אוניברסיטת אילינוי או תכנית Aging and Developmental disabilities באוניברסיטת רוצ'סטר). כמו כן בשיתוף פעולה של משרד זה ושל תכניות ביטוח הבריאות הממשלתיות (Medicare i-Medicaid) מומנו 24 יחידות ממשלתיות העוסקות בנושא הזקנה, מפתחות מרכזים בתחום זה ומציעות שירותים ראשוניים לכל דורש, לרבות טיפולים לטווח ארוך (Bigby, 2010).

## מדדים לבחינת תפוקות שירותים

תכנית לאומית משנת 1997 מציעה מדדים לבחינת התפוקות של שירותים המיועדים לאנשים עם מוגבלויות התפתחותיות בהיבט האישי, במישור הבריאות, בתחום הרווחה ומיצוי הזכויות, בהיבט הביצוע המערכתי, בכל הנוגע ליציבות הצוותים המטפלים, בעניין התמיכה הציבורית באנשים עם מוגבלויות ובני משפחותיהם ושביעות רצונם מהשירותים. תכנית זו, שהיא פרי מאמץ משותף וולונטרי בין האיגוד הלאומי של ראשי הסוכנויות הממשלתיות לשירותים בנושא מוגבלויות התפתחותיות (NASDDDS) והמכון למחקר בשירותי אנוש (HSRI), פועלת ברוב מוחלט של מדינות ארה"ב. מדדים אלה מאפשרים לבחון את תפקוד הסוכנויות השונות על פני זמן, לערוך השוואות בין מדינות וליצור סטנדרטים לאומיים לטיפול ולמתן שירותים (National Core Indicators, 2016). עם זאת, בספרות מושמעת ביקורת כי אף שמדובר במדדים המיוחדים לאוכלוסיית האנשים עם מש"ה, חסרים בה מדדים המעריכים היבטים רב-ממדיים של בריאות כמו פעילות חברתית ותפקוד פיזי ופסיכולוגי שמהם אפשר לגזור נתונים מיוחדים הקשורים למרכיבי הגיל של אוכלוסייה זו, במיוחד בגיל הזקנה (Hahn et al., 2015).

## אנגליה

משרד הבריאות האנגלי פרסם בשנת 2001 מסמך מדיניות המתריע על הצורך להתאים את השירותים למזדקנים עם מוגבלות שכלית ובו ציין כי תהליך ההזדקנות עלול להתרחש מוקדם יותר בהשוואה לאוכלוסייה הרגילה (Department of Health, 2001a, p. 4). המסמך מדגיש את חשיבות הנגשתם של שירותי בריאות הנפש לאוכלוסייה זו מכיוון שחלק מאוכלוסייה זו וממי שמטפל בה לא מודע מספיק לצרכים בתחום זה. במסמך נוסף, המיוחד לאנשים עם מוגבלות שכלית, מצוין כי יש לייעד למזדקנים עם מוגבלות שכלית טיפול המבוסס על עקרון "הלקוח במרכז" בסל השירותים הניתנים לקשישים. מסמך זה מתריע כי בקרב אלה מצויים אנשים שהם בעלי מודעות גבוהה יותר מבחינה מנטלית והם עלולים להיות מושמים בבתי אבות לצד אוכלוסייה מבוגרת ומוגבלת יותר. המסמך קורא להפעיל תכניות ייעודיות לקבוצה זו, בעיקר פעילויות פנאי ותעסוקה לצד הענקת תמיכה למגורים המאפשרת לאוכלוסייה זו להיות פעילה ככל האפשר אגב התחשבות בהזדקנותה ובמוגבלותה. כן נאמר כי התכנון והבנת הצרכים של מזדקנים עם מוגבלות שכלית צריכים להיעשות מוקדם יותר, החל מגיל 50, להתבסס על עקרון "הלקוח במרכז" ולאפשר שיתופי פעולה מקומיים בהענקת השירותים כדי שיתאימו בצורה מיטבית לפרט (Department of Health, 2001b, pp. 103-104).

בתוך כך, המכון הלאומי למצוינות בבריאות ובטיפול (NICE) פרסם לאחרונה הנחיות ייעודיות למטפלים באנשים עם מוגבלות שכלית ובהן יש התייחסות מסוימת למזדקנים שבהם. הנחיות אלה מתייחסות לבריאות הפיזית ולהיבטים של התנהגות, צריכת תרופות, הערכה, התערבויות סביבתיות ופסיכולוגיות ועוד (NICE, 2015). לצד הנחיות כלליות למטופלים מזדקנים וזקנים הצרכים שירותים במערכת הבריאות הממלכתית (NICE, 2012) ושירותים בתחום בריאות הנפש (NICE, 2011). בימים אלה שוקד המכון הלאומי

למצוינות בבריאות ובטיפול על כתיבת הנחיות בנושא טיפול ותמיכה באנשים זקנים עם מוגבלות שכלית. ההנחיות צפויות להתפרסם בשנת 2018 (די שפרלינג, שיחה אישית עם אן לבן, הממונה על פניות הציבור במשרד הבריאות האנגלי, מיום 26 בספטמבר 2016; NICE, forthcoming 2018).

### **פתרונות מגורים**

באנגליה הוקמה קרן מיוחדת המממנת פתרונות מגורים לאנשים עם מוגבלות שכלית, לרבות מזדקנים וזקנים, שאינם יכולים להתגורר עוד בביתם בשל היעדר תמיכה. מגורים אלה מתוחזקים באופן עצמאי והחוסים בהם הם בעלי דירות או דיירים החיים יחד כקבוצה. באתר ישנם מתקנים ושירותים בהיקף רחב יותר מהמקובל באזורי מגורים, הדיירים יכולים לקבל ארוחות במידת הצורך, ישנן חבילות תמיכה וטיפול אישי לדירים במקום, קיימת תמיכה בכל שעות היום והלילה והמקום מצטיין ביכולת להעניק תמיכה אישית ברמה גבוהה (King, 2004, p. 8). קיימת גם רשת תמיכה כספית (DLA, Attendance Allowance, Disability premiums) לתשלום בעבור דמי שכירות, שירותים למשק הבית, מענק לתמיכה באנשים עם מוגבלות, שירותי טיפול אישי שאותם מממנים שירותי הבריאות או הרווחה, סיוע בארוחות, דמי נסיעה ועוד (King, 2004, p. 13).

מעבר לכך, תכנית "גולד" (GOLD - Growing Older with Disabilities), שהקימה האגודה לאנשים עם מוגבלות שכלית, מציעה פרויקטים הזוכים למימון חיצוני, שכוללים מחקר, הבנת צורכיהם של אנשים אלה באמצעות סקרים של אנשים עם מוגבלות ומטפליהם והתאמת תכניות ממוקדות. פרויקטים שונים בתכנית GOLD מבטאים כמה עקרונות בתכנית (Foundation for People with Learning Disabilities, 2002):

1. הכלה - עידוד השתתפות אנשים עם מוגבלות שכלית בפעילויות חברתיות מגוונות כמו ריקוד, הליכה, ועוד
2. שמירה על הבריאות - קידום בדיקות סקר, אבחון וטיפול וכן מידע לצוות המטפל, שירותי מניעה וקידום בריאות, בפרויקטים הקשורים לדמנציה ולחולי סופני
3. מטפלים מזדקנים באנשים עם מוגבלויות - עידוד, תמיכה ויידוע של מטפלים בנושאים כמו אוטונומיה ובחירה, תכנון לעתיד ועוד
4. בחירת מקום מגורים והתאמתו לצורכי אנשים עם מוגבלויות - סיוע בשכר דירה ומתן תמיכה למימון חלופת מגורים נאותה ומתאימה
5. תמיכה מיוחדת באנשים עם תסמונת דאון ודמנציה - התאמה של שירותי יום ותנאי מגורים ייעודיים לאוכלוסייה זו, בדיקות סקר, הצעת חלופות טיפול גמישות, התאמת הסביבה הפיזית והרחבת הידע של המטפלים
6. תמיכה נפשית בשל מחלה סופנית - הכנה לידיעה על מחלה סופנית והתמודדות עמה, הענקת תמיכה לחולים ולבני משפחותיהם



7. לאחרונה הודיעה הממשלה באנגליה על פתיחת תכנית לאומית לפיתוח שירותי קהילה שמטרתה לצמצם ב-50% את כמות מיטות האשפוז בבתי חולים ובמוסדות שבהם חוסים אנשים עם מוגבלות שכלית. התכנית מקדמת פיתוח מענה לצורכי מגורים מקומיים ומתן אפשרות לקבל תמיכה מיידית במקום; הרחבה מהירה ומשמעותית של השימוש בתקציב אישי המאפשר לאנשים עם מוגבלות שכלית ולבני משפחותיהם לתכנן את הטיפול הנכון; הבטחת השמה מיידית של תומך מקומי בטיפול או של איש מקצוע מלווה; וכן השקעה במשאבי סנגוריה וקידום זכויות של אנשים עם מוגבלויות באמצעות ארגונים ומוסדות לא-ממשלתיים. התכנית, שאינה מיוחדת לאנשים מזדקנים עם מש"ה, יוצרת איחוד ושותפות של מועצות מקומיות ושל גופים במערכת הבריאות הממלכתית (NHS), לרבות איגוד המנהלים של השירותים החברתיים למבוגר, לשם עבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית ועם בני משפחותיהם ומטפליהם. התכנית אף ממסדת מערכת תקצוב חדישה שמטרתה לזרז את שחרור המאושפזים ולהבטיח ניצול נכון יותר של משאבים. כמו כן התכנית מתבססת על פרספקטיבות של מי שצורך שירותים שונים לאנשים עם מוגבלות שכלית ומגדירה לשירותים תשעה עקרונות מרכזיים, הנשענים על תפיסות מרכזיות של שירותים אלה לגבי איכות חיים, שמירה על בטיחות האנשים, חופש בחירה ושליטה עצמית, תמיכה והתערבויות ותוצרים שווינוניים וצודקים (Houlden, 2015; NHS, 2015).

נוסף לכך, בחודשים מרס עד מאי 2015 קיימה הממשלה באנגליה התייעצות עם הציבור וביקשה לברר כיצד יש לחזק את זכויותיהם של אנשים עם מש"ה ולאפשר להם לגור באופן עצמאי יותר. נדונו שאלות כמו כיצד לטפל באנשים אלה, כיצד לערב אותם וכיצד לאפשר להם לאתגר החלטות שמתקבלות במערכת (Department of Health, 2015a). אחת ההערכות שהושמעה בהתייעצות זו היא שעד 2030 יוכל מספר האנשים עם מש"ה מעל גיל 70 הצורכים שירותים חברתיים ושירותי בריאות. בעקבות תהליך זה, בנובמבר 2015 קבעה הממשלה סדרה של פעולות ליצירת שינוי משמעותי בטיפול באוכלוסייה זו ובתוצאותיו עד לשנת 2020. בפעולות אלה נכללת תכנית פיילוט בשישה מחוזות, שתאפשר לכל איש עם מש"ה, עם אוטיזם או עם מוגבלות נפשית להיות בקשר עם עובד סוציאלי קבוע, אשר ישמש איש הקשר העיקרי לצרכני השירותים ולבני משפחותיהם וייצג את האינטרסים שלהם בעת הצורך מול ספקי השירותים. ששת המחוזות יזכו לתמיכה מצד ספק חיצוני בעל הבנה וניסיון בתחומי הבריאות והשירותים, שאותו תבחר הממשלה. בתגובתה הממשלה מציינת במפורש כי חשוב שאיש הקשר יגיע מתחום העבודה הסוציאלית ולא הרפואה בשל הצורך של אנשים עם מש"ה להיות חופשיים מהשדה הרפואי ובשל התועלת האישית הצפויה להם מתפקיד זה בין אם הם דרים בקהילה או במסגרת אשפוזית (Department of Health, 2015b, p. 19).

פרט לשירותים הממשלתיים, המכון הבריטי ללקויות למידה פיתח משאבים שונים בנושא זקנה ומש"ה, לרבות סרטי הדרכה בנושא, סיוע במגורים, סיוע בפעילויות יומיומיות, תמיכה במשפחות ועוד (British Institute of Learning Disability, 2016). הארגון "Learning Disability England" מציע אף הוא ייעוץ ותמיכה בכל הקשור לחלופות דיור של משפחות ויחידים עם מש"ה בנושאים של קנייה, שכירות, הסכמי שכירות, שותפויות ועוד (Learning Disability England, 2016).

## ניו סאות' ויילס, אוסטרליה

בשנת 2009 פרסמה ממשלת אוסטרליה מסמך מנחה בתחום הענקת שירותים לאנשים עם מוגבלויות ולפיו יצרה הממשלה אסטרטגיית פעולה לשנים 2010-2020, שמטרתה להגדיל את הכלתם של אנשים עם מוגבלויות בחברה (Council of Australian Governments, 2011). ניו סאות' ויילס היא המדינה המאוכלסת ביותר באוסטרליה ואוכלוסייתה פזורה בעיקר בכ-10% משטחה (Dew et al., 2014). לאחר התייעצות עם קהילת האנשים עם מוגבלויות פרסמה הממשלה במדינה זו מסמך מדיניות, אשר אינו עוסק במש"ה באופן נפרד, ובעקרונות המנחים של מדיניות זו כלולים העקרונות הבאים:

- גישה הוגנת ושקופה לתמיכה באנשים עם מוגבלויות, הכוללת קריטריונים שקופים וברורים, הערכה שגרתית של צרכי האדם ויכולת תפקודו, הענקת אפשרויות בחירה רבות יותר של שירותים ושימוש בטכנולוגיה המסייעת להם בנגישות
- סיוע לאנשים להישאר בבתיהם מתוך הכרה שלאנשים עם מוגבלויות יש צרכים שונים ומגוונים מבחינות שונות - פיזית, חברתית, פסיכולוגית ותרבותית
- התאמת השירותים לצרכים ומתן דגש על סיוע מוקדם, על נקודות בחרות של כניסה לשירותים ויציאה מהם ועל בחינה שוטפת של צרכים שתביא גם לשינוי בשירותים
- הענקת מגוון גדול יותר של חלופות מגורים (פרט למערכי דיור ולמוסדות גדולים למגורים) עבור מי שלא יכול להתגורר בביתו מבחינה טכנית או מבחינה כלכלית לצד היכולת לחזור לדפוס המגורים הקודם במקרה של חוסר התאמה
- מערכת שהיא בת-קיימה לתמיכה באנשים עם מוגבלויות

נקודת המוצא היא כי המדינה אינה יכולה לספק את כל השירותים ואלה צריכים להינתן באחריות משותפת של כלל הגופים הרלוונטיים. התמיכה באנשים עם מוגבלויות תיעשה בשלושה מישורים: חיזוק בני המשפחה, קידום ההכלה בקהילה ושיפור יכולת מערכת התמיכה להעצמת ההוגנות, השקיפות, האחריות והחדשנות (New South Wales Government, 2012).

מסמך מדיניות זה משקף את גישת האדם במרכז הבאה לידי ביטוי בהענקת שירותים מותאמים אישית, בשיתוף מוגבר של אנשים עם מוגבלויות בתעסוקה, בחינוך, בפעילויות מחוץ לבית ועוד (Dew et al., 2014). הוא גם מבטא את עקרונות היסוד של תמיכת המדינה באנשים עם מוגבלויות לפי חקיקה פדרלית, אף שכלל זו מוגבלת עד גיל 65 (National Disability Insurance Scheme Act, 2013).

הסכם עקרונות המתבסס על העקרונות שלעיל נחתם בין הממשלה הפדרלית ובין המדינות והטריטוריות השונות, והוא מפרט את האדנים שעליהם יש לבסס את הענקת שירותי התמיכה באנשים עם מוגבלויות (Council of Australian Governments, 2012).<sup>11</sup> מתוקף החקיקה הפדרלית פועלת מועצה לאומית לביטוח מוגבלות (National Disability Insurance Agency) שלה, החל משנת 2013, יש גוף מייעץ בנושא מש"ה. גוף זה בוחן

---

11 לדוגמאות אחרות של שירותים שניתנים לאנשים עם מוגבלויות במדינת קווינסלנד וויקטוריה ראו בהתאמה 2012; Queensland Government, 2012; State of Victoria, 2012.

את האפקטיביות של המדיניות החברתית בנושא מוגבלות לאנשים עם מש"ה ומטרתו לאפשר לאוכלוסייה זו חיים טובים יותר (National Disability Insurance Agency, 2015). התמיכה באנשים עם מש"ה בנוי סאות' ויילס, שזכאים לה כאמור אנשים עד גיל 65, מקיפה נושאים רבים (NSW Council for Intellectual Disability, 2013):

1. סיוע בדיוור (שכירות ומערכי דיוור)
  2. תמיכה וסיוע (החל בתמיכה במשבר אד-הוק וכלה בתמיכה במשך כל שעות היממה)
  3. תקשורת (הערכה וטיפול בכשלים בתקשורת)
  4. תמיכה התנהגותית (החל באסטרטגיות המסייעות להימנע ממשברים או להתמודד עמם וכלה בהתערבות מפורטת בהתנהגות ותכנית תמיכה)
  5. תמיכה במערכת אכיפת החוק (למשל תיווך בין שוטרים ובין אנשים עם מש"ה)
  6. סיוע לבני משפחה (החל בסיוע מזדמן וכלה בסיוע ארוך טווח ואינטנסיבי לשיקום מערכות יחסים, להתמודדות עם התעללויות ועוד)
  7. פעילויות יום (החל בקישור האדם לפעילויות תואמות מטרה וכלה בתמיכה אינטנסיבית לשם השתלבות בפעילות קהילתית רגילה)
  8. תעסוקה (החל בסיוע בעשיית עבודה התנדבותית וכלה בפיתוח המיומנויות והכישורים הדרושים לתעסוקה בשכר מלא)
  9. סיוע כלכלי (החל בתמיכה מזדמנת בעסקאות מורכבות וכלה בתמיכה קבועה ועזרה בניהול פיננסי, תשלום חשבונות וקבלת החלטות תקציביות)
  10. סיוע חברתי (החל בקישור האדם לפעילויות רלוונטיות כרצונו וכלה בתמיכה אינטנסיבית המאפשרת השתתפות בפעילויות הקהילה)
  11. עזרה בתחום הדת (סיוע ותמיכה המאפשרים לאדם עם מוגבלות לממש את אמונתו הדתית)
  12. תרבות (סיוע ועזרה המאפשרים לאדם לקיים קשר עם מורשתו התרבותית, עם הקהילה שאליה הוא שייך וכיוצא בזה)
  13. בריאות פיזית (סיוע בניהול אורח חיים בריא, נגישות לטיפול רפואי וסיוע לאדם להבין הנחיות רפואיות ולפעול לפיהן)
  14. בריאות הנפש (סיוע לאדם לקבל הערכה ראויה, טיפול וייעוץ)
  15. אלוהות וסמים (סיוע להימנע מצריכה מסוכנת של אלוהות וסמים ונגישות לשירותי ייעוץ בנושא זה)
  16. בניית מיומנויות (פיתוח מיומנויות המסייעות להוביל חיים חיוביים ומספקים)
- נוסף לכך, מסמכי יסוד בנושא זקנה במדינה מציינים במפורש את הגברת ההנגשה לשירותים כלליים ואת החשיבות של קשרים בין סקטורים שונים של נותני שירותים בחברה. מדיניות זו כוללת גם בקרה בעניין כניסה למוסדות מגורים בגיל צעיר יחסית לצד מודלים ניסויים של "הזדקנות בקהילה" (Bigby, 2010). אפשר לבסס את מדיניות

זו באמצעות תפיסות יסוד בגישה ההומניסטית ובגישה החברתית ומנגד משתקף בה פחד מחולי ומוגבלות בכלל ועמדה החוששת מהזדקנות ומתנגדת לשילובה בפרט (Cardona, 2007).

## אירלנד

לקראת סוף שנות התשעים פותחה באירלנד תכנית פעולה העוסקת בדמנציה ומכירה באתגרים שעמם מתמודדים אנשים עם תסמונת דאון ודמנציה. תכנית זו ביקשה ליצור טיפול מיוחד לאוכלוסייה זו. להלן מפורטים מרכיבי התכנית (Irish Health Respiratory, 1998, pp. 65-67):

1. הערכה ואבחון ברורים
  2. חינוך ומידע למשל לגבי עמותות רלבנטיות, סיוע לקרובים ועוד
  3. שירותי תמיכה חברתיים (הכנת מזון או אספקתו; עזרה בטיפול האישי; יצירת הפוגה למטפלים והזדמנויות למפגשים חברתיים לאנשים עם המוגבלות; מעונות יום; שירותי אחות בריאות הציבור; יצירת תפקיד ייעודי-התנסותי למטפל באוכלוסייה זו)
  4. שירותים רפואיים - גישה לשירותים הניתנים בכיסוי ציבורי ובפיקוח רופא המשפחה
  5. שירותים פסיכיאטריים - שירותי פסיכיאטריה קהילתיים, אשפוז יומי ואשפוז לתקופה ממושכת יותר במקרים של חרדות, דיכאון, רעיונות פרנואידיים וכיוצא בזה
  6. פתרונות מגורים ודיור לטווח ארוך
  7. פיתוח מרפאות זיכרון מיוחדות
- בתכנית הושם דגש מיוחד על חיזוק הסוכנות האישית (agency) ועל מקומם של עמותות וארגונים (חלקם בעלי אופי דתי, כגון St. Michael's House ו-Sisters of Charity) ביצירת מענה לאוכלוסייה ובהענקת שירותים קהילתיים מיוחדים (Bigby, 2010).

## דיון ומסקנות

סקירה זו עסקה במעמד של מזדקנים וזקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, בחנה את מאפייניהם הבריאותיים, הרגשיים, החברתיים והקוגניטיביים ודנה בכלי הערכתם ואבחונם כמו גם בצורכיהם השונים. נקודת המוצא התאורטית ששימשה בסיס לסקירה זו שילבה בין הגישה ההומניסטית ובין הגישה החברתית למוגבלות לצורך איתור, הערכה וטיפול באוכלוסייה זו. הסקירה כללה ידע מחקרי לצד ניסיון קליני ומעשי כפי שעולה מישראל וממדינות שונות, במיוחד ארה"ב, אנגליה, אוסטרליה ואירלנד.

הספרות שמתוארת בסקירה מצביעה על צורך במחקר שיסייע להבנת תהליכי ההזדקנות הבריאה של בעלי מוגבלות שכלית התפתחותית, להבנת צרכי הפרישה שלהם והתמודדותם עם סוגיות של מוות צפוי (AAIDD, 2015). בעניין הענקת שירותים חברתיים לזקנים עם מוגבלות הנטייה היא להימנע ככל האפשר מאשפוז במוסדות ומהתערבות רפואית, ומנגד לעודד מעורבות פעילה וגוברת של המשתמש וכן העצמה, טיפול וחיזוק עצמאותו (יקוביץ, 2011). כן נראית בספרות בחירה בגישה פרואקטיבית להתמודדות עם ירידה תפקודית והיא באה לידי ביטוי בתכניות מניעה והחזרה לכושר תפקוד לצורך מיצוי פוטנציאל התפקוד של מזדקנים בעיקר במצבים של מוגבלות קלה ובינונית, לעומת הגישה הראקטיבית שמקבלת את המצב הקיים, משלימה אתו ואף מטפחת תלות בטיפול שמחליף את הפעילויות שחדל המטופל לבצע (למשל דרך מתן גמלאות סיעוד). הגישה הראקטיבית נסמכת על מצב עניינים נתון ומתמקדת ברמת התלות במקום ברמת העצמאות והתפקוד. גישה זו, כאמור, מגבירה ומחזקת את הפסיביות של המזדקן עם המוגבלות (יקוביץ, 2011).

אחד התנאים למעבר לגישה פרואקטיבית הוא מתן דגש משמעותי לקולם של אנשים עם מש"ה, לצורכיהם וליחסם להשתתפות משמעותית בקהילה דרך פעילויות תעסוקה, פרישה, מגורים והתנדבות (Fesko, Hall, Quinlan & Jockell, 2012) וגם למשמעות שהם מקנים למיתה טובה (Kirkendall et al., 2012; Todd, 2013). ביטוי מעשי לגישה זו נראה, למשל, בתהליך מתמשך של התייעצות עם הציבור לקראת כינון מדיניות חברתית בעניין אנשים זקנים עם מש"ה באנגליה ובניו סאות' ויילס, אוסטרליה, וגם באמצעות תכנית "גולד" שהוזכרה בסקירה, המממנת מחקר וחותרת להבנת צורכיהם של אנשים אלה באמצעות סקרים של אנשים מוגבלים ומטפליהם והתאמת תכניות ממוקדות.

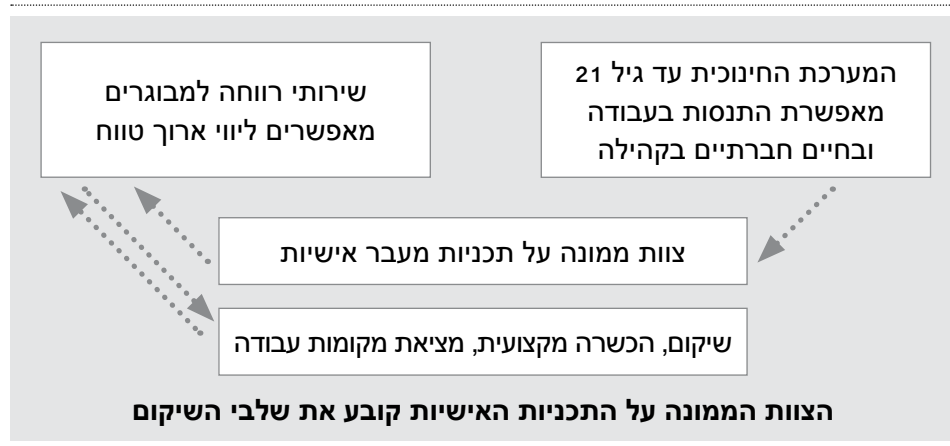
עם זאת, וכפי שהספרות העוסקת בצורכי המגורים של אנשים עם מש"ה מעידה, נדרשת הסתכלות מורכבת ומעמיקה יותר באוכלוסייה זו - הסתכלות שלא מתייחסת לצרכים כמקשה אחת אלא בוחנת את הרבדים השונים של כל צורך. ביטוי לגישה כזו נראה למשל באנגליה עוד במסמכי המדיניות בתחילת המאה הנוכחית הקוראים לטיפול המממש את עקרונן "הלקוח במרכז", בהנחיותיו של המכון הלאומי למצוינות בבריאות

ובטיפול באנגליה למטפלים באנשים עם מוגבלות שכלית ובהן התייחסות ספציפית למזדקנים שבהם וכן בהנחיות בנושא טיפול ותמיכה באנשים זקנים עם מש"ה, ולצד אלה שינוי המדיניות שם מהשנים האחרונות שעיקרו הצבת עובד סוציאלי אישי לכל אדם עם מש"ה, המלווה אותו, שומע את העדפותיו השונות ומטפל במכלול צרכיו.

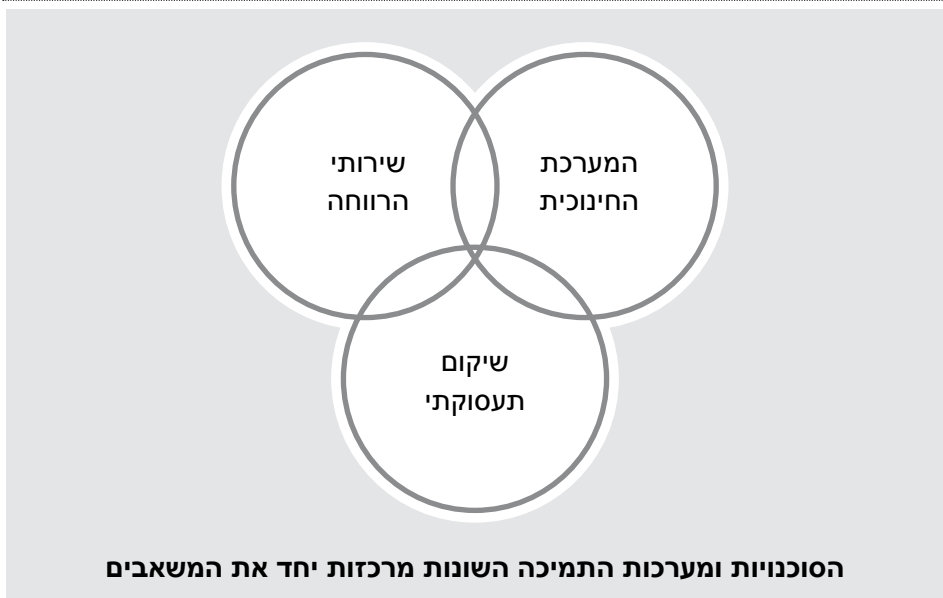
למידה ממדינות נוספות מציפה ביקורת על השירותים הניתנים לאנשים זקנים עם מש"ה, במיוחד על חוסר ההתאמה להעדפותיה של אוכלוסייה זו, על שירותים שאינם משקפים חשיבה לטווח ארוך ועל צוות מקצועי שאינו מיומן הפועל לפי אידאולוגיה של מודלים ביו-רפואיים של מוגבלות. כן בולטת למשל מגמה של עלייה במספר המטופלים למטפל ובירידה בתדירות המפגשים האישיים עם המטפל. מגמה זו מתרחשת בשל הזדקנות האוכלוסייה ומגבלות המשאבים הציבוריים ונראית בעיקר בארצות הברית.

בישראל, השירותים העוסקים בטיפול בזקנים חולים, כרוניים ומוגבלים בתפקודם מפוצלים בין משרדי ממשלה שונים, המוסד לביטוח לאומי, קופות חולים וארגונים מהמגזר השלישי ומהמגזר הפרטי לעתים בחוסר תיאום, אגב פגיעה אפשרית ברצף הטיפולי ומבלי שהמטופלים ובני משפחותיהם יוכלו להבחין בין הקריטריונים השונים לזכאויות (יקוביץ, 2011). זאת ועוד, מחקר מראה שחלק ניכר מהאנשים עם מש"ה בישראל - עד כרבע במחוז חיפה והצפון - לא צורכים שירותים שמספק משרד הרווחה למשל - ובהם נופשוניים, מועדונים חברתיים וטיפולי שיניים במרפאות המתמחות בטיפול באוכלוסיות מיוחדות - ואינם נמצאים במסגרות הייעודיות שהמשרד מציע. עם הסיבות לתופעה זו נמנים אי קיום דיונים מחודשים בעניינו של מי שאובחן בעבר עם מש"ה ופערי נגישות על רקע דת, ארץ מוצא, אשכול סוציו-אקונומי ומצב משפחתי (לף וריבקין, 2015). בעניין התיאום בין שירותים, כמה מודלים המצויים בספרות יכולים להתאים גם לגיל הזקנה (כץ, 2007). מודל אחד עוסק בהעברת מידע ובו מערכת שירותים אחת (לדוגמה בית ספר או מערך דיור) מעבירה מידע למערכת שירותים שנייה. החיסרון במודל זה הוא שחלק מהמידע עשוי להיאבד במעבר וממילא רק מידע חלקי עשוי לעבור. על כן מוצעים מודלים חלופיים והם מתוארים בתרשימים שלהלן.

## תרשים 2: מודל א - העברת אחריות



## תרשים 2: מודל ב - החלפת מידע ואחריות מתוך שיתוף פעולה



המודל הראשון המוצג כאן מצריך יצירה של תפקיד חדש - צוות הממונה על תכניות מעבר אישיות - ולכן מוצע המודל השני המציג חפיפה. ואולם לפי המודלים שהוצגו בסקירה זו, בעיסוק עם אנשים מזדקנים עם מש"ה מומלץ להשתמש במודל הראשון המצריך יצירת תפקיד חדש או את הרחבת תפקידו של העובד הסוציאלי להתמחות בהזדקנות וזקנה בקרב אנשים עם מש"ה.

מתעורר איפוא צורך להעריך מעת לעת את השירותים הניתנים לאנשים זקנים עם מש"ה, לבחון את מידת התאמתם של שירותים אלה לצורכיהם ולהעדפותיהם של אנשים עם מש"ה ולבני משפחותיהם ולקבוע מדדי איכות, כדוגמת אלה שפותחו באופן וולונטרי בארה"ב וחלים כמעט בכל המדינות שם (National Core Indicators, 2016), לבחינת תפוקות השירותים המיועדים לאנשים זקנים עם מש"ה. לחלופין אפשר להקים גוף שאמון על בחינת האפקטיביות של המדיניות החברתית ביחס לאוכלוסייה זו כדוגמת המועצה הלאומית לביטוח מוגבלות (National Disability Insurance Agency) באוסטרליה. כן עולה הצורך להנהיג שקיפות רבה יותר בנוגע לתמיכה המוענקת לאנשים עם מש"ה ולקירטיונים לה, כפי שמודגש למשל בתכנית הלאומית באוסטרליה.

כדי להעניק את השירותים המתאימים לצורכיהם של אנשים עם מש"ה מתעורר צורך ראשוני לבצע הערכה יסודית, מקצועית ומושכלת של אנשים עם מש"ה בכלל ושל זקנים עם מש"ה בפרט. חשוב שהערכה זו תמנע ככל האפשר תיוג וסטיגמטיזציה ותניב תועלת מרבית לאדם המאובחן. הערכה זו צריכה לבטא גישה לזקנה ולמוגבלות המתייחסת לגיל התפקודי ולא לגיל הכרונולוגי. גישה כזו מדגישה את הקשר בין תהליכים ביולוגיים לבין הסתגלות האדם לביצוע משימות חברתיות, פיזיות או קוגניטיביות ללא הטיה

ראשונית של הגורם המעריך. כלי ההערכה השונים שתוארו בסקירה זו משקפים את מכלול ההיבטים המאובחנים, התואמים את הגדרת המוגבלות השכלית ההתפתחותית, ובמיוחד את שינוי התפיסתי שחל בהגדרה זו בשנים האחרונות.

מבחינה זו אפשר להציע להיעזר במודל של תכנית חינוך יחידנית - תח"י - שבה משתמשים במערכת החינוך. ההנחיה להכין תכנית יחידנית מעוגנת בחוק ומפורטת בתקנות של משרד החינוך. ייתכן שכדאי להציע את גיל 50, למשל, שיהיה נקודת זמן שבה לכל אדם עם מש"ה תעובד תכנית פרטנית לגיל הזקנה. את התכנית יכין העובד הסוציאלי שעובד עם הפרט ועם משפחתו ויכלול בה הצגת הצרכים של הפרט ומשפחתו, האבחונים וההערכות שנעשו עבורו, פירוט השירותים שיתאימו לו וכן לוחות זמנים לביצוע התכנית.

הסקירה משמיעה ביקורת שהועלתה בקשר למדיניות המגורים של אוכלוסיית המזדקנים עם מש"ה ועיקרה שילוב כושל של אוכלוסייה זו עם חוסים אחרים במוסדות המסווגים לפי גיל ואי התאמה בין צורכיהם של האנשים עם מש"ה השוהים במוסדות אלה לפרופיל הדיירים האחרים. כן עולה מהסקירה כי אוכלוסייה זו היא לרוב צעירה יותר ויש לה סיכוי נמוך יותר ללקות בדמנציה בהשוואה לאחרים באותם המוסדות, ואף על פי כן היא משובצת במוסדות אלה ויש נטייה להשאיר פרקי זמן ארוכים יותר במקומות הללו. זאת ועוד, בספרות נטען כי בעלי המקצוע במוסדות הדיור השונים פועלים בניגוד לתפיסה ההומניסטית של מוגבלות ולא נותנים ביטוי מספק לקולו של בעל המוגבלות ולהעדפותיו בכל הנוגע לצורכי המגורים שלו. כפי שעולה מהסקירה, הגישה הרווחת בספרות ובקרב קובעי מדיניות במקומות שונים בעולם היא גישת ההזדקנות בקהילה, הרואה בסביבת מגורים קבועה גורם התורם באופן משמעותי לרווחתו הכוללת של המזדקן עם מוגבלות שכלית. גישה זו, המדגישה את הטיפול בבית ובקהילה היא גם זולה יותר וכמו כן בני משפחה של אנשים עם מש"ה מעדיפים אותה. במקומות שונים בעולם גישה זו באה לידי ביטוי מפורש בחקיקה (ארה"ב) ובתכנית לאומית (אנגליה) המחייבת את המדינה ואת זרועותיה לפעול לפיה.

עם זאת, הסקירה מצביעה על מורכבותם של הצרכים הקשורים במגורים ועל השונות הקיימת בעניין זה בין האנשים עם מש"ה ועל כן נדרשת הערכה ספציפית של האנשים ובחינת צורכיהן של קבוצות מסוימות הנכללות באוכלוסייה רבגונית זו. מענה לצרכים מורכבים אלה ניתן למשל באנגליה באמצעות הקמת קרן ייעודית המספקת פתרונות מגורים מגוונים לאנשים עם מוגבלות שכלית שאינם יכולים להתגורר עוד בביתם בשל היעדר תמיכה, לרבות מזדקנים וזקנים. באמצעות הקרן ניתנים גם תמיכה כספית וסיוע במחיה. דוגמה נוספת לכך היא הארגון "Learning Disability England" המציע ייעוץ ותמיכה בכל הקשור לחלופות דיור של משפחות ויחידים עם מש"ה בנושאים של קנייה, שכירות, הסכמי שכירות, שותפויות ועוד.

בחינת המודלים של כפר עידוד וק.ש.ר. בישראל מעלה דפוסים המעודדים את שיפור איכות חייהם של אנשים מזדקנים עם מש"ה במסגרת מגורים מקומית ובה רמות שונות של אוטונומיה ועצמאות. בשני המודלים ניכרת אהדה לגישת ההזדקנות בקהילה לצד סיפוק הצרכים הסייעודיים ואלה המזוהים עם גיל הזקנה באופן כללי יותר. ניתוח השיח



שעולה מהמקום מעלה שלצרכים האחרונים לא ניתן ביטוי מימוני או ארגוני מספק בעת הזאת. עם זאת נראה שכוונת משרד הרווחה להקים מסגרות מגורים ייעודיות לאוכלוסייה המזדקנת עם מש"ה מתכתבת עם קולות אלה ועשויה לתת להם מענה בהמשך. בהקשר זה, יש לשקול גם את המידה שבה ראוי לשלב מזדקנים עם מש"ה בבתי אבות רגילים, למשל בקבוצת "משען", ואת מידת שילובם במועדוני הקשישים הפזורים בארץ.

בשל העובדה שזקנים עם מוגבלות שכלית שונים מזקנים באוכלוסייה הכללית ברצונם לפרוש מתעסוקה וגם בשל העובדה כי מרביתם אינם נהנים מתשלומי פנסיה בגיל הזקנה, יש לגלות את המשמעות והחוויות השונות של אנשים עם מש"ה הקשורות בפרישה מתעסוקה ובמעבר לזקנה ובמיוחד את החסמים והגורמים המניעים מעבר חיובי. מהסקירה עולה כי תמיכה כלכלית, הנשענת על השתכרות בסיסית בתקופת הזקנה, אינה תואמת את צורכיהם הכלכליים של אנשים זקנים עם מש"ה הנשענים על טיפול רחב היקף, נגישות לשירותים בקהילה, תשלומי מחיה ומגורים ועוד. קיים צורך בחשיבה מקיפה יותר בנושא תמיכה זו.

אחד הנושאים שעולים באופן משמעותי מהספרות ומסקירת סלי השירותים במדינות השונות הוא הצורך בהענקת תמיכה לבני משפחה המטפלים באנשים עם מש"ה, ובעיקר בני משפחה מזדקנים. נדרשת תמיכה ונדרש מידע הקשור במגורים, בעניינים כספיים, בקבלת החלטות עבור בעלי המוגבלויות ועוד. בחלק מהמקומות, במיוחד בארה"ב, ההכרה בשירותים לבני משפחת האדם עם מש"ה המזדקנים ומימונם קיבלו ביטוי מפורש בחקיקה. בהקשר זה מתחדדים גם הצרכים של בני משפחה ושל אנשים עם מש"ה הקשורים למצבים של סוף החיים ובעיקר הערכה, קבלת מידע ותמיכה רגשית בהתמודדות עם שכול ועם מוות צפוי.

בהקשר זה עולות גם שאלות בעניין האפוטרופסות על מזדקן עם מש"ה, לדוגמה האם אפשר למנות אפוטרופוס גם כששני ההורים או אחד מהם עדיין חי אך לא מסוגל לתפקד כהורה? שאלה אחרת עוסקת במקומם של אחיו של המזדקן עם מש"ה מבחינת החוק ומבחינת התאמתם לטיפול באדם עם מש"ה לאחר מות ההורים.

לבסוף, מהסקירה עולה שריבוי גורמי הטיפול ומורכבותם מחייב תיאום ושיפור של התקשורת בין הגורמים השונים - נותני שירות ישירים ומקבלי שירותים; מטפלים באוכלוסייה עם מש"ה ונותני השירותים; ונציגים של המדינה ונותני השירותים השונים, לרבות גופים המציעים שירותים בנושאי זקנה ומוגבלות. ארצות הברית היא דוגמה לשיתוף פעולה מוצלח בין סוכנויות וגופים המתמחים בשירותים לזקן לבין אלה המקדמים זכויות של אנשים עם מוגבלויות, וכן בין סוכנויות מדינתיות ולא-ממשלתיות. שם וגם באוסטרליה ניכרת יצירתן של תכניות משותפות של גופים חוץ-ממשלתיים ושל המדינה לפיתוח שירותים עבור זקנים עם מוגבלות שכלית. באוסטרליה שיתוף זה נתמך ונשען על יסודותיה של תכנית לאומית וישנה חובת דיווח לגוף מיעץ בנושא מש"ה מטעם המועצה הלאומית לביטוח מוגבלות ואילו בארה"ב הדבר נעשה באופן וולונטרי ובתגובה למהלכים המגיעים מן השטח. כאן עולה השאלה אם יש להמליץ על יצירת תפקיד חדש או על הרחבת תפקידו של עובד סוציאלי שיתמחה בריכוז האפשרויות

והשירותים למזדקנים ולזקנים עם מש"ה. עובד כזה יהיה מעין מנהל מקרה ויעבוד באופן פרטני עם צרכני השירותים. הוא גם ייתן את דעתו על הסביבה שבה חי הפרט, על מקום מגוריו המותאם, על קשריו המשפחתיים, על הצורך באפוטרופוסות וכדומה.

כן נראית במערכת השירותים הכללית מעורבות של גופים נוספים שפעילים בחיים הקהילתיים בכלל (והחיים הדתיים בפרט), למשל באירלנד. גופים אלה תורמים לטיפול באנשים זקנים עם מש"ה ולקידום רווחתם.

לבסוף, הסקירה מעלה את חשיבות קיומו של רצף שירותים עם המעבר לגיל הזקנה והירידה בתפקודם של האנשים עם מש"ה. במעבר ההדרגתי הזה בני משפחתם של האנשים עם מש"ה נקראים לטפל ולתמוך באדם המזדקן, לא פעם בשל ירידה בתפקוד המטופל, בשל הזדקנות בני המשפחה המטפלים ובשל חולי מוגבר. נראה שעל העובד הסוציאלי המלווה את בני המשפחה בחייו הבוגרים של האדם עם המוגבלות להפעיל שיקול דעת ולהחליט אם לשתף את עובד הסוציאלי המומחה לזקנה (כמוצע לעיל) ומתי לעשות זאת. באופן זה יינתן מענה מותאם וראוי יותר לצורך ברצף שירותים המותאם לחיי אוכלוסייה זו.

# רשימת מקורות

- אבו עיד (עבאס), ה' (2010). **הקשר בין תפיסת אקלים חברתי לבין הזדקנות מוצלחת אצל אנשים עם פיגור שכלי** (עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך למדעי רווחה ובריאות"). בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- בן נון (הדני), ש' (2009). סטטוס בריאות, תפקוד והשתתפות חברתית של מבוגרים עם פיגור שכלי באמצע החיים, הדרים במעונות ובדירור קהילתי בישראל (חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"). אוניברסיטת חיפה.
- בן נון, ש', נאון, ד', ברודסקי, ג' ומנדלה, ד' (2008). **הזדקנות של אנשים עם פיגור שכלי המקבלים שירותי דיור ו/או תעסוקה ממשד הרווחה: תמונת מצב וצרכים**. ירושלים: מאיירס-גיזנט-מכון ברוקדייל. אוחר מתוך <http://brookdaleheb.jdc.org.il/Uploads/PublicationsFiles/505-08-agingretardation-REP-HEB.pdf>
- ברלב, ל', קרן-אברהם, י', הבר, י' ואדמון-ריק, ג' (2015). **אנשים עם מוגבלות בישראל: 2015**. ירושלים: משרד המשפטים, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות והמרכז לחקר מוגבלויות מאיירס-גיזנט-ברוקדייל. אוחר מתוך <http://www.justice.gov.il/Units/NetzivutShivyon/sitedocs/book-heb.pdf>
- דורון, י' (2013). זיקנה בהיכלים של צדק: זקנים וגילנות בפסיקת בית המשפט העליון. תל אביב: רסלינג.
- חובב, מ' ועמינדב, ח' (2006). מדיניות הטיפול של משרד העבודה והרווחה באדם המפגר בעשור האחרון והפעילות למעשה. בתוך מ' חובב ופי גילטמן (עורכים), **מבידול לשילוב: התמודדות עם מוגבלות בקהילה** (עמ' 65-100). ירושלים: כרמל ורעננה: בית איזי שפירא.
- חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות (תיקון מס' 18), התשע"ו - 2016.
- חזן, ח' (1984). **הזקנה כתופעה חברתית**. תל אביב: ספריית האוניברסיטה המשודרת.
- טננבאום, א', בכנר, י' ומיינר, ז' (2015). **מעגל החיים וההזדקנות בקרב אנשים עם תסמונת דאון והוריהם**. קרן שלם. אוחר מתוך [http://www.kshalem.org.il/uploads/pdf/article\\_2139\\_1434367264.pdf](http://www.kshalem.org.il/uploads/pdf/article_2139_1434367264.pdf)
- יקוביץ, א' (2011). **תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם: סקירת ספרות**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון. אוחר מתוך [https://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar\\_105.pdf](https://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar_105.pdf)
- כץ, ח' (2007). **קידום חברות בין-ארגוניות, בינתחומיות, ובין-מגזריות בשירותי רווחה**. ירושלים: משרד הרווחה, האגף למחקר, תכנון והכשרה. אוחר מתוך <http://tinyurl.com/jeccdot>

- ליפשיץ, ח' ; רנד, " והר-אבן, ד' (1998). שיפור הכושר הקוגניטיבי באוכלוסיית מבוגרים ומזדקנים מוגבלים בשכלם. **מגמות**, 39(3), 270-285.
- לפ, " וריבקין, ד' (2015). **אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית שאינם במסגרות של משרד הרווחה: סקר במחוז חיפה והצפון**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומאיי-רס-ג'וינט-ברוקדייל. אוחר מתוך <http://tinyurl.com/jruubji>
- מור, שי (2012). שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות בתעסוקה - מתיקון הפרט לתיקון החברה. **עיני משפט**, 35, 97-150.
- מור, שי (2016). זכויות אנשים עם מוגבלויות וגישה ביקורתית למוגבלות: השלכות לתחום הביו-אתיקה. **ביו-אתיקה**, 15, 20-24. אוחר מתוך <http://bioethicsnews.zefat.ac.il/inner.aspx?id=327&cat=66>
- ניר, ד' (2010). **חווית הזקנה בעיניהן של נשים מזדקנות עם פיגור שכלי** (עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך למדעי הרווחה והבריאות"). אוניברסיטת חיפה.
- ניסים, ד', גורבטוב, ר' ובן-שמחון, מ' (2011). אנשים עם מוגבלויות, חלק א': אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. בתוך " צבע (עורך), **סקירת השירותים החברתיים 2011** (עמ' 463-492) ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- נסים, ד' (2012). **שינויים בזקנה באוכלוסייה עם מוגבלות קוגניטיבית ודרכי התערבות מותאמים - תוצאות מחקרים והמלצות**. אוחר מתוך <http://tinyurl.com/z84rvkv>
- עמינדב, ח' וניסים, ד' (2015). מדיניות הטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בעשור האחרון. בתוך מ' חובב, א' דבדבני וק' פלדמן (עורכים), **מהדרה להכלה: החיים בקהילה של אנשים עם מוגבלויות בישראל** (עמ' 27-51). ירושלים: כרמל ושק"ל.
- עמינדב, ח' וניסים, ד' (2011). חלק ב': מדיניות הטיפול במזדקנים עם פיגור שכלי. בתוך " צבע (עורך), **סקירת השירותים החברתיים 2010**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- צמח, מ' (2015). **הבדלים הקשורים לגיל באינטליגנציה, מהירות עיבוד וזיכרון בקרב מבוגרים ומזדקנים בעלי מוגבלות שכלית בהשוואה למבוגרים בעלי התפתחות טיפוסית: נתיב מואץ או מקביל** (חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"). בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.
- קדרי, מ' (2015). הגדרת המוגבלות השכלית, הליכי האבחון וכלי ההערכה הפסיכולוגיים. בתוך מ' קדרי וש' שירי, **סקירת ספרות בנושא אבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: הגדרה, הליכי אבחון וכלי הערכה פסיכולוגיים, תהליכים וכלים לאבחון תחלואה כפולה** (עמ' 7-76). ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים. אוחר מתוך: <http://tinyurl.com/j99mq2e>
- רבינוביץ, מ' (1985). **גילו של אדם**. תל אביב: עם עובד.
- רייטר, שי (2015). מהדרה להכלה, החיים בקהילה של אנשים עם מוגבלויות בישראל: מאמר ביקורת. **חברה ורווחה**, 4(35), 605-612.

- שייקספיה, ט' (2016). המודל החברתי של המוגבלות. בתוך שי מור, ני זיו, אי קנטר, אי איכנגרין וני מזרחי (עורכים), **לימודי מוגבלות - מקראה** (עמ' 91-113). ירושלים: מכון ון-ליר והקיבוץ המאוחד.
- שלום, ג', בן שמחון, מי וגורן, הי' (2015). חלק א: אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. בתוך " צבע (עורך), **סקירת השירותים החברתיים לשנת 2014**. (עמ' 545-584). ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים. אוצר מתוך: <http://www.mosa.gov.il/CommunityInfo/SocialServicesReview/Pages/ReviewOfSocialServicesIn2014.aspx>
- AAIDD. (n.d.-a). *Definition of Intellectual Disability*. Retrieved from <http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.V9IOdLfr0eg>
- AAIDD. (n.d.-b). *Diagnostic Adaptive Behavior Scale*. Retrieved from <https://aaid.org/intellectual-disability/diagnostic-adaptive-behavior-scale>
- AAIDD. (2015). *Issue brief: Aging and people with IDD*. Retrieved from <https://aaid.org/docs/default-source/National-Goals/aging-and-people-with-idd.pdf?sfvrsn=0>
- AAIDD & The Arc. (2008). *Aging: Joint position statement of AAIDD and the Arc*. Retrieved from [https://aaid.org/news-policy/policy/position-statements/aging#.V8\\_Yd7fr0eh](https://aaid.org/news-policy/policy/position-statements/aging#.V8_Yd7fr0eh)
- American Psychiatric Association. (n.d.) *What is Intellectual Disability?* Retrieved from <https://www.psychiatry.org/patients-families/intellectual-disability/what-is-intellectual-disability>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York, NY: Cambridge University Press.
- Baumbusch, J., Mayer, S., Phinney, A., & Baumbusch, S. (2015). Aging together: Caring relationship in families of adults with intellectual disabilities. *The Gerontologist* doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv103>
- Bhaumik, S., Tyrer, F. C., McGrother, C., & Ganghadaran, S. K. (2008). Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 986-995.
- Bickenbach, J., Bigby, C., Salvador-Carulla, L., Heller, T., Leonardi, M., LeRoy, B. ... Spindel, A. (2012). The Toronto declaration on bridging knowledge, policy and practice in aging and disability. *International Journal of Integrated Care*, 12, 1-4.

- Bigby, C. (2010). A five-country comparative review of accommodation support policies for older people with intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(1), 3-15.
- Brennan, D., Murphy, R., McCallion, P., Griffiths, M., & McCarron, M. (2016). Understanding family strategies that enable long term and sustainable home environments for older people with an intellectual disability. Trinity College Dublin, HAH, & NDA.
- British Institute of Learning Disability. (2016). *The BILD ageing well project*. Retrieved from <http://www.bild.org.uk/information/ageingwell/>
- British Psychological Society. (2015). *Guidance on the assessment and diagnosis of intellectual disabilities in adulthood*. Division of Clinical Psychology. Retrieved from <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ID%20assessment%20guidance.pdf>
- Cardona, B. (2007). 'Anti-aging medicine' and the cultural context of aging in Australia: Preliminary findings from ongoing research on users and providers of 'Anti-aging medicine' in Australia. *New York Academy of Sciences*, 1114, 216-229.
- Carmeli, E., & Merrick, J. (2010). Aging people with intellectual disability in Israel. *International Journal on Disability and Human Development*, 9(4), 263-268.
- Chaplin, R. (2004). General psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(1), 1-10.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35.
- Coppus, A. M. W. (2013). People with intellectual disability: What do we know about adulthood and life expectancy? *Developmental Disabilities Research Reviews*, 18, 6-16.
- Council of Australian Governments. (2011). *2010-2020 National disability strategy*. Retrieved from [https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/05\\_2012/national\\_disability\\_strategy\\_2010\\_2020.pdf](https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/05_2012/national_disability_strategy_2010_2020.pdf)
- Council of Australian Governments. (2012). *Intergovernmental agreement for the national disability insurance scheme launch*. Retrieved from [https://www.coag.gov.au/sites/default/files/agreements/Intergovernmental%20Agreement%20for%20the%20National%20Disability%20Insurance%20Scheme%20%28NDIS%29%20Launch\\_signed%20pdf.pdf](https://www.coag.gov.au/sites/default/files/agreements/Intergovernmental%20Agreement%20for%20the%20National%20Disability%20Insurance%20Scheme%20%28NDIS%29%20Launch_signed%20pdf.pdf)

- Council of Europe. (2006). Council of Europe disability action plan 2006-2015. Retrieved from <http://www.coe.int/en/web/disability/action-plan-2006-2015>
- Department of Health. (2001a). *National service framework for older people*. Retrieved from [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/198033/National\\_Service\\_Framework\\_for\\_Older\\_People.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198033/National_Service_Framework_for_Older_People.pdf)
- Department of Health. (2001b). *Valuing people: A new strategy for learning disability for the 21st century*. Retrieved from [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/250877/5086.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/250877/5086.pdf)
- Department of Health. (2015a). *No voice unheard, no right ignored - A consultation for people with learning disabilities, autism and mental health conditions*. Retrieved from [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/409816/Document.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/409816/Document.pdf)
- Department of Health. (2015b). *Government response to No voice unheard, no right ignored - a consultation for people with learning disabilities, autism and mental health conditions*. Retrieved from [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/475155/Gvt\\_Resp\\_Acc.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/475155/Gvt_Resp_Acc.pdf)
- Dew, A., Gallego, G., Bulkeley, K., Veitch, C., Brentnall, J., Lincoln, M., ... Griffiths, S. (2014). Policy development and implementation for disability services in rural New South Wales, Australia. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(3), 200-209.
- Fernell, E., & Ek, U. (2010). Borderline intellectual functioning in children and adolescents - insufficiently recognized difficulties. *Acta Paediatrica*, 99(5), 748-753.
- Fesko, S. L., Hall, A. C., Quinlan, J., & Jockell, C. (2012). Active aging for individuals with intellectual disability: Meaningful community participation through employment, retirement, service and volunteerism. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 497-508.
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (2007). *Diagnostic manual - Intellectual disability (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Kingston, NY: National Association for the Dually Diagnosed (NADD) Press.
- Foundation for People with Learning Disabilities. (2002). *Today and tomorrow: The report of the Growing older with learning disabilities programme*. London: Foundation for People with Learning Disabilities.

- Gabel, S., & Peters, S. (2004). Presage of a paradigm shift? Beyond the social model of disability toward resistance theories of disability. *Disability & Society*, 19(6), 585-600.
- Hahn, J. E., Fox, S., & Janicki, M. P. (2015). Aging among older adults with intellectual and developmental disabilities: Setting national goals to address transitions in health, retirement, and late-life. *Inclusion*, 3(4), 250-259.
- Hassiotis, A. (2015). Borderline intellectual functioning and neurodevelopmental disorders: Prevalence, comorbidities and treatment approaches. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(5), 275-283.
- Hassiotis, A., Strydom, A., Allen, K., & Walker, Z. (2003). A memory clinic for older people with intellectual disabilities. *Aging & Mental Health*, 7(6), 418-423.
- Haveman, M., Heller, T., Lee, L. A., Maaskant, M. A., Shooshtari, S., & Strydom, A. (2009). *Report on the state of science on health risks and ageing in people with intellectual disabilities*. Dortmund: IASSID Special Interest Group on Ageing and Intellectual Disabilities/Faculty Rehabilitations Sciences, University of Dortmund.
- Haveman, M., Perry, J., Salvador-Carulla, L., & Weber, G. (2011). Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: Results of the European POMONA II Study. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(1), 49-60.
- Heller, T. (2010). People with intellectual and developmental disabilities growing old: An overview. *Impact*, 23(1), 2-3.
- Heller, T., & Factor, A. (2004). Get the facts about older adults with developmental disabilities and their aging family caregivers. *Frontline Initiative*, 6(1), 9-10.
- Heller, T., Caldwell, J., & Factor, A. (2007). Aging family caregivers: policies and practices. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 136-142.
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2014). Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 776-783.
- Hogg, J., Lucchino, R., Wang, K., & Janicki, M. (2001). Healthy ageing - adults with intellectual disabilities: Ageing and social policy. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14(3), 229-255.
- Houlden, A. (2015). *Building the right support*. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/10/ld-nat-imp-plan-oct15.pdf>



- Innes, A., McCabe, L., & Watchman, K. (2012). Caring for older people with an intellectual disability: A systematic review. *Maturitas*, 72, 286-295.
- Irish Health Respiratory. (1998). *10 Year action plan for services for older persons: 1999-2008*. Retrieved from <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/45689/1/8569.pdf>
- Janicki, M. P., & Ansello, E. F. (Eds.). (2000). *Community supports for aging adults with lifelong disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Janicki, M. P., & Dalton, A. J. (2000). Prevalence of dementia and impact on intellectual disability services. *Mental Retardation*, 38, 276-288.
- Janicki, M. P., Dalton, A. J., Henderson, J. M., & Davidson, P. W. (1999). Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: Health services considerations. *Disability and Rehabilitation*, 21, 284-294.
- Janicki, M. P., McCallion, P., Force, L. T., Bishop, K., & LePore, P. (1998). Area agency on aging and assistance for households with older carers of an adult with a developmental disability. *Journal of Aging & Social Policy*, 10(1), 1-24.
- Jankowska, A., Bogdanowicz, M., & Shaw, S. (2012). Strategies of memorization and their influence on the learning process among individuals with borderline intellectual functioning. *Acta Neuropsychologica*, 10(2), 271-290.
- Kåhlin, I., Kjellberg, A., & Hagberg, J. E. (2016a). Ageing in people with intellectual disability as it is understood by group home staff. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 41(1), 1-10.
- Kåhlin, I., Kjellberg, A., & Hagberg, J. E. (2016b). Choice and control for people ageing with intellectual disability in group homes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(2), 127-137.
- Karny, G., Werbeloff, N., Goldberg, S., Portuguese, S., Reichenberg, A., ... Weiser, M. (2014). Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning increased rates of psychiatric diagnosis and drug use - A cross sectional population based study. *European Neuropsychopharmacology*, 24(11), 1793-1797.
- Kiel, D. C. (1995). The radical humanist view of special education and disability: Consciousness, freedom and ideology. In T. Skrtic (Ed.), *Disability and democracy: Reconstructing (special) education for postmodernity* (pp. 135-149). New York, NY: Teachers College Press.
- King, N. (2004). *New provisions for older people with learning disabilities*. London: Department of Health. Retrieved from [http://www.housinglin.org.uk/\\_library/](http://www.housinglin.org.uk/_library/)

[Resources/Housing/Housing\\_advice/New\\_Provisions\\_for\\_Older\\_People\\_with\\_Learning\\_Disabilities\\_Nigel\\_King\\_The\\_Housing\\_Support\\_Partnership\\_December\\_2003\\_updated\\_August\\_2004.pdf](#)

- Kirkendall, A. M., Waldrop, D., & Moone, R. P. (2012). Caring for people with intellectual disabilities and life-limiting illness: Merging person-centered planning and patient-centered, family-focused care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 8(2), 135-150.
- Lavin, C., & Doka, K. J. (1999). *Older adults with developmental disabilities*. Amityville, NY: Baywood Publishing Co. Inc.
- Learning Disability England. (2016). What we do. Retrieved from <http://www.housingandsupport.org.uk/what-we-do>
- Lifshitz-Vahav, H. (2015). Compensation age theory: Effect of chronological age on individuals with intellectual disability. *Education and training in autism and developmental disabilities*, 50(2) 142-154.
- McCallion, P., McCarron, M., Fahey-McCarthy, E., & Connaire, K. (2012). Meeting the end of life needs of older adults with intellectual disabilities. In E. Chang & A. Johnson (Eds.), *Contemporary and innovative practice in palliative care* (pp. 255-270). InTech. Retrieved from <http://www.intechopen.com/books/contemporary-and-innovative-practice-in-palliative-care/meeting-the-end-of-life-needs-of-older-adults-with-intellectual-disabilities>
- McCarron, M., Swinburne, J., Burke, E., McGlinchey, E., Mulryan, N., Andrews, V. ... McCallion, P. (2011). Growing older with intellectual disability in Ireland 2011: First results from the intellectual disability supplement of the Irish longitudinal study on ageing. Dublin: School of Nursing & Midwifery, Trinity College Dublin.
- Moran, J. (2013). *Aging and down syndrome: A health & well-being guidebook*. NDSS. Retrieved from [http://aadmd.org/sites/default/files/Aging\\_and\\_Down\\_Syndrome\\_Health\\_and\\_Well-Being\\_Guidebook.pdf](http://aadmd.org/sites/default/files/Aging_and_Down_Syndrome_Health_and_Well-Being_Guidebook.pdf)
- Morgan, L., & Kunkel, S. (2001). *Aging: The social context*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- National Core Indicators. (2016). *About national core indicators*. Retrieved from <http://www.nationalcoreindicators.org/about/>
- National Disability Insurance Agency. (2015). Intellectual disability reference group established. Retrieved from <https://www.ndis.gov.au/news/news-intellectual-disability-ref-grp.html>

- National Disability Insurance Scheme Act 2013 (Australia). Retrieved from <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C00894>
- National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practice. (2012). 'My thinker's not working': A national strategy for enabling adults with intellectual disabilities affected by dementia to remain in their community and receive quality supports. Retrieved from <http://rrtcadd.org/resources/NTG-Thinker-Report.pdf>
- New South Wales Government. (2012). *Stronger together: A new direction for disability services in NSW 2006-2016*. Retrieved from [https://www.adhc.nsw.gov.au/\\_data/assets/file/0004/227866/StrongerTogetherPlan\\_2.pdf](https://www.adhc.nsw.gov.au/_data/assets/file/0004/227866/StrongerTogetherPlan_2.pdf)
- NHS. (2015). Supporting people with a learning disability and/or autism who display behavior that challenges, including those with a mental health condition. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/10/service-model-291015.pdf>
- NICE. (2011). Service user experience in adult mental health: Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136>
- NICE. (2012). *Patients experience in adult NHS services: Improving the experience of care for people using adult NHS services*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138/>
- NICE. (2015). Challenging behaviour and learning disabilities: Prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11>
- NICE. (forthcoming, 2018). *Care and support of older people with learning disabilities*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-scwave0776>
- NSW Council for Intellectual Disability. (2013). Participants or just policed? Guide to the role of DisabilityCare Australia with people with intellectual disability who have contact with the criminal justice system. Retrieved from <https://www.ndis.gov.au/html/sites/default/files/documents/Participants%20or%20policed.pdf>
- Older Americans Act of 1965 [Public Law 89-73] (last amended: 19 April 2016). Retrieved from <https://legcounsel.house.gov/Comps/Older%20Americans%20Act%20Of%201965.pdf>
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. New York, NY: St. Martin's Press.

- Peltopuro, M., Ahonen, T., Kaartinen, J., Seppälä, H., & Närhi, V. (2014). Borderline intellectual functioning: A systematic literature review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(6), 419-443.
- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., Wallace, R. B. (2007). Prevalence of dementia in the United States: The aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 125-132.
- Queensland Government. (2012). *Disability service plan 2011-2014*. Retrieved from [https://www.health.qld.gov.au/publications/disability\\_plan/qh-dsp-web2012.pdf](https://www.health.qld.gov.au/publications/disability_plan/qh-dsp-web2012.pdf)
- Robinson, L. M., Dauenhauer, J., Bishop, K. M., & Baxter, J. (2012). Growing health disparities for persons who are aging with intellectual and developmental disabilities: The social work linchpin. *Journal of Gerontological Social Work*, 55, 175-190.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.
- Salthouse, T. A. (2009). When does age-related cognitive decline begin? *Neurobiology of Aging*, 30(4), 507-514.
- Salvador-Carulla, L., Balot, J., Weber, G., Zelderloo, L., Parent, A. S., McDaid, D., ... Wolfmayr, F. (2010). The Barcelona declaration on bridging knowledge in long-term care and support. *International Journal of Integrated Care*, 10, 1-2.
- Salvador-Carulla, L., Garcia-Gutierrez, J. C., Gutierrez-Colosia, M. R., Artigas-Pallares, J., Ibanez, J. G., Perez, J. G., ... Martinez-Leal, R. (2013). Borderline intellectual functioning: consensus and good practice guidelines. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 6(3), 109-120.
- Salvatori, P., Tremblay, M., & Tryssennar, J. (2003). Living and aging with a developmental disability: Perspectives of individuals, family members and service providers. *Journal on developmental disabilities*, 10(1), 1-20.
- Salvatori, P., Tremblay, M., Sandys, J., & Marcaccio, D. (1998). Aging with an intellectual disability: A review of Canadian literature. *Canadian Journal on Aging*, 17, 249-271.
- Skrtic, T. M. (2005). A political economy of learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 28, 149-155.

- Skrtic, T. M., Sailor, W., & Gee, K. (1996). Voice, collaboration and inclusion: Democratic themes in educational and social reform initiatives. *Remedial & Special Education, 17*, 142-158.
- State of Victoria. (2012). *Victorian state disability plan 2013-2016*. Retrieved from [http://www.dhs.vic.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/749862/Victorian-state-disability-plan-2013-2016-180113.pdf](http://www.dhs.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0009/749862/Victorian-state-disability-plan-2013-2016-180113.pdf)
- Strydom, A., Chan, T., King, M., Hassiotis, A., & Livingston, G. (2013). Incidence of dementia in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 34*(6), 1881-1885.
- Strydom, A., Hassiotis, A., King, M., & Livingston, G. (2008). The relationship of dementia prevalence in older adults with intellectual disability (ID) to age and severity of ID. *Psychological Medicine, 39*, 13-21.
- Strydom, A., Lee, L. A., Jokinen, N., Shooshtari, S., Raykar, V., Torr, J. ... Maaskant, M. A. (2009). *Report on the state of science on dementia in people with intellectual disabilities*. IASSID Special Interest Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities.
- Strydom, A., Shooshtari, S., Lee, L., Raykar, V., Torr, J., Tsiouris, J. ... Maaskant, M. (2010). Dementia in older adults with intellectual disabilities - epidemiology, presentation and diagnosis. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability, 7*(2), 96-110.
- Todd, S. (2013). 'Being there': The experiences of staff in dealing with matters of dying and death in services for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 26*, 215-230.
- Van Schijndel-Speet, M., Evenhuis, H. M., van Wijck, R., van Empelen, P., & Echteld, M. A. (2014). Facilitators and barriers to physical activity as perceived by older adults with intellectual disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities, 52*(3), 175-186.
- Verdonschot, M. M. L., De Witte, L. P., Reichrath, E., Buntinx, W. H. E., & Curfs, L. M. G. (2009). Community participation of people with an intellectual disability: A review of empirical findings. *Journal of Intellectual disability Research, 53*(4), 303-318.
- Walsh, P. N., & LeRoy, B. (2004). *Women with disabilities aging well: A global view*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- Ward, R. L., Nichols, A. D., & Freedman, R. I. (2010). Uncovering health care inequalities among adults with intellectual and developmental disabilities. *Health & Social Work, 35*(4), 280-290.

- Wark, S., Hussain, R., & Edwards, H. (2014). Impediments to community-based care for people ageing with intellectual disability in rural New South Wales. *Health and Social Care*, 22(6), 623-633.
- Watchman, K. (2016). Investigating the lived experience of people with down syndrome with dementia: Overcoming methodological and ethical challenges. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 13(2), 190-198.
- Webber, R., Bowers, B., & McKenzie-Green, B. (2010). Staff responses to age-related health changes in people with an intellectual disability in group homes. *Disability & Society*, 25(6), 657-671.
- Weber, G., & Wolfmayr, F. (2006). The Graz declaration on disability and ageing. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(4), 271-276.
- Wieland, J. (2015). Psychopathology in borderline intellectual functioning: Explorations in secondary mental health care. Doctoral thesis. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Leiden University. Retrieved from <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/38454>
- Wieland, J., & Zitman, F. G. (2015). It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems. *BJPsych Bulletin*, 40(4), 204-206.
- Wieland, J., & Zitman, F. G. (2016). Brief symptom inventory symptom profiles of outpatients with borderline intellectual functioning and major depressive disorder or posttraumatic stress disorder: Comparison with patients from regular mental health care and patients with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 153-159.
- World Health Organization. (2016). Mental disorders [Fact sheet]. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- Yamaki, K., Hsieh, K., & Heller, T. (2009). Health profile of aging family caregivers supporting adults with intellectual and developmental disabilities at home. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(6), 425-435.
- Zigman, W. B., Schupf, N., Devenny, D. A., Mizejeski, C., Ryan, R., Urv, T. K., Silverman, W. (2004). Incidence and prevalence of dementia in elderly adults with mental retardation without Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(2), 126-141.

# רשימת פרסומים נבחרים של מתו"ה - אגף מחקר, תכנון והכשרה לשנים 2012-2017:

- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה, סקירת השירותים החברתיים (2015), (2014), (2013), (2012), (2011), (2010), (2009).

## 2017:

- משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, מתו"ה - אגף למחקר, תכנון והכשרה ומחוז תל אביב והמרכז (2017), מיזם התוצאות מחוז תל אביב והמרכז, סיכום שלב ג', מפקחים מתכננים ומשיגים תוצאות.
- שירי, ש. (2017), התנהגות מאתגרת ואלימות קשה של אנשים על רצף האוטיזם כלפי עצמם וכלפי אחרים.

## 2016:

- אמינוב, נ., צמח-מרום, ת., בן שלמה, נ. (2016), פיקוח לפי שיטת הרף על מסגרות השירות לטיפול חוץ-ביתי באגף השיקום של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- ארזי, ט., שר, נ., ויסמן, מ. (2016), תכנון התערבות עם משפחות: סקירת ספרות, לקחים ותובנות, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- בן-סימון, ב., כאהן-סטרבצ'ינסקי, פ. (2016), תכניות הכנה לעולם העבודה: לקחים מספרות המחקר ולמידה מתכנית "מית"ר הבית של סוזן", בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- ברלב, ל., ריבקיין, ד. (2016), הסמכת מטפלים באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במסגרות הדיור החוץ-בית: מחקר הערכה, מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- טופילסקי, ט., בלוך, ש., סבו-לאל, ר. (2016), המשפחות המקבלות טיפול ממושך במרכזי קשר הורים-ילדים, מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- יצחקי, ח., בן פורת, ע. (2016), מחקר מעקב אחר נשים נפגעות אלימות במשפחה בקהילה: פעימה שלישית.

- יקוביץ, א., (2016), להזדקן עם מוגבלות תפקודית.
- כרמלי, א., כרמלי, י., אברמוביץ, צ., (2016), התכנית הבין משרדית לטיפול בנשים ובצעירות במעגל הזנות: מחקר הערכה.
- לוי, ד., סבו-לאל, ה., (2016), הטמעת הנהל לקיצור משך השהות של ילדים במרכזי החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- לוינגר, מ., אלאסד אלהזייל, נ., (2016), רמת הלחץ, סגנון התמודדות ואיכות חיים בקרב הורים שומעים לילדים חירשים בדואים בנגב, מכללת ספיר.
- לף, י., (2016), מעונות יום שיקומיים: סקר בקרב הורים לפעוטות, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה (2016), זקקויות ומאפיינים בקובץ נתוני יסוד, רשימה ומקרא, מהדורה שניה.
- סנטו, י., כרמלי, א., רהב, ג., (2016), הסקר הלאומי על תופעת הזנות בישראל.
- פרלמן, א., כהן, ה., לוב, א., רזנר, י., (2016), בחינת האפקטיביות של שירות הדרכה שיקומית המיועדים לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה, האגודה לבריאות הציבור.
- פרלמן, א., כהן, ה., רזנר, י., (2016), מחקר הערכה לתכנית "בתים חמים" לצעירות וצעירים בסיכון, האגודה לבריאות הציבור.
- פרלמן, א., כהן, ה., רזנר, י., (2016), מחקר להערכת אפקטיביות של חינוך, ייעוץ וטיפול בתחום המיני-חברתי בקרב אוכלוסיית האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, האגודה לבריאות הציבור.
- קרן-אברהם, י., ריבקיין, ד., (2016), "עבודה נתמכת" - תכנית תעסוקה בשוק החופשי לאנשים עם מוגבלויות של אגף השיקום במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, מחקר הערכה, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- שור, י., גורבטוב, ה., בוקק, י., (2016), סקרים שהתקיימו בבית הספר המרכזי להכשרת עובדים לשירותי הרווחה.
- שר, נ., ארזי, ט., (2016), החשיבה התוצאתית ברמת הארגון, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

## 2015

- אזרחי, י., רזינה, א., חסידה, י., חן, ג., לבד, י., (2015), מחקר הערכה על תכנית קבוצות דיון משפחתיות (קד"ם) כהליך חלופי לנוער עובר חוק.
- איזיקוביץ, צ., וינשטוק, ז., (2015), מיפוי הידע, האמונות, הדילמות ושיטות ההתערבות של עובדים סוציאליים בתחום האלימות בין בני זוג בישראל, בשיתוף אוניברסיטת חיפה.
- באום, נ., (2015), סיוע חומרי ליחידים ולמשפחות כמרכיב בהתערבות העובד הסוציאלי במחלקה לשירותים חברתיים.



- באייר-טופילסקי, ט., מנור, א., סבו-לאל, ר., (2015), יחידות הסיוע ליד בתי המשפט לענייני משפחה - מחקר הערכה ארצי, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- בן יוסף, ש., ברנדה, ב., רייסמן, א., טוב, ע., (2015), חוסן קהילתי במוסדות המעגל הראשון - סקירת ספרות.
- דביר, ק., לפליאן-עמיחי, נ., (2015), מחקר הערכת תכנית "נהיגה במבחן", בשיתוף אור ירוק.
- כורזים, מ., ניר, ש., (2015), הידע המועבר ממטה משרד הרווחה אל השטח: מיפוי, התייחסות השטח וגיבוש מערכת מושגית, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- להד, מ., לייקין, ד., (2015), תחום ההתנדבות במשרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- לף, י., ריבקין, ד., (2015), אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית שאינם במסגרת של משרד הרווחה: סקר במחוז חיפה והצפון, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- מרגולין, ת., בן אליעזר, ד., קדם, ע., פרוינד, ט., בנבנישתי, ר., (2015), 360° - התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, הערכת התכנית, בשיתוף מט"ח.
- סנטו, י., ברגר, מ., (2015), סקירת הספרות המקצועית בנושא תופעת הזנות במאה העשרים.
- סנטו, י., פרידמן, א., (2015), סקר עמדות הציבור כלפי תופעת הזנות בישראל.
- פרלמן, א., כהן, ר., רזנר, י., (2015), מחקר מעקב אחר מופנים לוועדות השמה למסגרות חוץ-ביתיות וקליטתם בהן.
- קדרי, מ., שירי, ש., (2015), סקירת ספרות בנושא אבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: הגדרה, הליכי אבחון וכלי הערכה פסיכולוגיים, תהליכים וכלים לאבחון תחלואה כפולה.
- ראובן, י., תורגמן, ח., (2015), טיפול בצעירים בסיכון ובמצוקה בקהילה.
- שולמן, ק., ניר שמיר, צ., (2015), הערכה פסיכולוגית לילדים ולמתבגרים עם עיוורון או עם לקויות ראייה: סקירת ספרות והצעות יישומיות.

## 2014

- איזיקוביץ', צ., בירין, י., טנר, ד., (2014), פגיעה מינית של אימהות ונשים בילדים.
- גורבטוב, ר., שור, י., בוהק, י., (2014), הערכת צרכים בתחום הניהול למנהלים במטה משרד הרווחה והשירותים החברתיים ולמנהלים במחלקות לשירותים חברתיים.
- גנים, ר., (2014), הכוון תעסוקתי, הכשרה והשכלה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: מגמות, מודלים והצעה למדיניות וליישום מודלים בישראל.
- דורון, י.א., לזר, א., (2014), פיקוח על מסגרות דיור מוגן לזקנים.

- יצחקי, ח., דקל, ר., בן-פורת, ע., (2014), מחקר מעקב אחר נשים נפגעות אלימות במשפחה: במקלט ובחזרה לקהילה, בשיתוף אוניברסיטת בר-אילן.
- כאהן-סטרבצינסקי, פ., (2014), תכנית "מעטפת" לבני נוער המטופלים בשירות המבחן לנוער: מחקר הערכה, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- כהן-נבות, מ., פאס, ה., צדקה, ה., (2014), מרכזי קשר הורים-ילדים: מחקר הערכה ארצי, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- כורזים, מ., ניר, ש., (2014), שירות מטפח אישי לילד עם אוטיזם - מחקר הערכה, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- כורזים, מ., ניר, ש., (2014), תחלופת מדריכים חינוכיים במסגרות חוץ-ביתיות של רשות חסות הנוער: מאפיינים וסיבות, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- לב-און, א., (2014), קהילות ידע של משרד הרווחה - שימושים והשפעות, בשיתוף אוניברסיטת אריאל.
- לוי, ד., כאהן-סטרבצינסקי, פ., (2014), "מחסות לעצמאות" - ליווי בוגרי מעונות רשות חסות הנוער מחקר הערכה, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- מוניקנדס, מ., (2014), גבולות גזרה, תיעודי וקיצוב שירותים במחלקות לשירותים חברתיים.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה (2014), מסמך מדיניות משרד הרווחה והשירותים החברתיים לשנים 2014-2018.
- נוימן, ר., נוימן, א., נוימן, ר., גורדוני, י., שצברג, ד., ברקן, ש., (2014), מחקר לבדיקת איכות חייהם של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית המתגוררים ב"שלוחות" של מעון פנימייה.
- סבו-לאל, ר., בן-סימון, ב., קונסטנטינוב, ו., (2014), הילדים בגיל הרך במשפחות האומנה: מאפיינים ותהליכי התערבות, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- סנטו, י., ברגר, מ., (2014), מיפוי דרי הרחוב בישראל.
- פרלמן, א., כהן, ר., רזנה, י., (2014), מחקר לבדיקת דפוסי השימוש באביזרי עזר טכנולוגיים מסובסדים בקרב אנשים עם עיוורון או לקות ראייה.
- קינג, י., הדר, י., וולדה-צדיק, א., (2014), תעסוקה לרווחה - הערכת התכנית, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- קינג, י., וולדה-צדיק, א., הדר, י., (2014), מעקב אחרי המשתתפים במגוון תכניות תעסוקה של משרד הרווחה והשירותים החברתיים, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- שורק, י., סבו-לאל, ר., בן-סימון, ב., (2014), שירותי האומנה בישראל: תהליכי שינוי ותמונת מצב, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

## 2013

- אלון, ג., (2013), שיתוף והתייעצות במהלכי שינוי חברתי: הזמנה לחשיבה אחרת.
- דורון, א.י., (2013), חובת הדיווח בישראל.
- כאהן-סטרבצ'ינקי, פ., בן-סימון, ב., קונסטנטינוב, צ., (2013), השירות לשיקום נוער: מאפיינים וצרכים של אוכלוסיית המפתנים והמית"רים, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה (2013), מיזם התוצאות, סיכום הפעילות בין השנים 2007-2012 בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- שיינטוך, ש., (2013), עובדים בשטח, עבודת רחוב ויישוג של עובדים סוציאליים ושל אחרים.
- שרון, א., ברודצקי, ג., באר, ש., (2013), מועדונים חברתיים לזקנים - תפרוסת ארצית, דפוסי פעילות ומאפייני המבקרים, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

## 2012

- בר-און, א., (2012), בין מומחיות לכוללנות: ניהול התערבות בפרט ובמשפחה.
- חובב, מ., (2012), הסדרה חוקית וארגונית של שירותי המבחן לישראל.
- חובב, מ., (2012), הפעלת סמכות בטיפול בבני נוער ובמבוגרים עוברי חוק.
- טליאס, מ., (2012), הפרטה משנית במחלקות לשירותים חברתיים.
- להד, מ., רוגל, ה., לייקין, ד., כורזים, י., (2012), דרכים לזיהוי קהילות בסיכון.
- מוניקנדס, מ., (2012), הרפורמה ועקרונות בארגון שירותי רווחה מקומיים באיחוד האירופאי.
- מרגליות, נ., (2012), שיטות לקביעת עומסים ולתקינת כוח אדם בשירותי הרווחה.
- פאס, ה., כהן-נבות, מ., (2012), עבודה עם משפחות בשירותי רווחה: הגדרת תוצאות, דרכי התערבות ותפקידי העובדים הסוציאליים, סקירת ספרות, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- שרעבי, ע., מרגלית, מ., (2012), תכניות מעבר מבית הספר לעולם העבודה לבני נוער עם מוגבלויות.

