

כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית

שירלי ורנר ובנימין הוזמי

עובדים סוציאליים ממלאים תפקיד של מנהלי טיפול עבור אנשים שיש להם אבחנה כפולה של מוגבלות שכלית ומחלה פסיכיאטרית. הסקר שלפנינו בחן את תפיסת הידע והעמדות של עובדים סוציאליים והכשרתם לטיפול באוכלוסייה זו בנוסף לתפיסותיהם לגבי טיבו של השירות הפסיכיאטרי ששירותי בריאות הנפש מספקים כיום לאוכלוסייה זו. עובדים סוציאליים מלשכות לשירותים חברתיים או ממסגרות דיור קהילתי לאנשים עם מוגבלות שכלית מילאו שאלונים למילוי עצמי. נמצא כי העובדים הסוציאליים מהלשכות דיווחו על רמת ידע נמוכה יותר בתחום אבחנה כפולה לעומת עמיתיהם ממסגרות הדיור. עובדים סוציאליים משתי קבוצות המחקר דיווחו על קשיים בשימוש בשירותי בריאות הנפש, ובהם ידע מוגבל של הפסיכיאטרים בתחום אבחנה כפולה וכן דעות קדומות ומחסור במיומנויות תקשורת המתאימות לעבודה עם אוכלוסייה זו. ממצאי הסקר מרמזים על אי הלימה בין שירותי בריאות הנפש ובין צורכיהם של אנשים המתמודדים עם אבחנה כפולה. חשוב להרחיב את הכשרתם של עובדים סוציאליים ושל פסיכיאטרים בנושא האבחנה הכפולה ולשפר את הנגישות של שירותי בריאות הנפש לאוכלוסייה המדוברת.

מילות מפתח: מוגבלות שכלית, אבחנה כפולה – מוגבלות שכלית ומחלה פסיכיאטרית, עובדים סוציאליים, פסיכיאטרים, שירותי בריאות הנפש, הכשרה

מבוא

אבחנה כפולה היא קר-מורבידיות של מוגבלות שכלית ומחלה פסיכיאטרית (Morris, 2003). מחקרים מראים באופן עקבי כי שכיחותן של מחלות פסיכיאטריות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית גבוהה מזו של אנשים ללא מוגבלות שכלית. שיעור השכיחות

ברצוננו להודות לפרופ' יצחק לבב ולד"ר מייק סטבסקי על הערותיהם הבונות על טיוטה קודמת של מאמר זה.

לפי ה-ICD-10 נע בין 32% ל-39% בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, ו-19% בקרב אנשים ללא מוגבלות שכלית (Emerson, 2003; Morgan, Leonard, Bourke, & Jablensky, 2008; U.S. Department of Health and Human Services, 1999). לאנשים עם אבחנה כפולה קשיים רבים יותר בתחומים אחדים: קשיים בתפקוד הקוגניטיבי, בעיות בריאות, קשיי תקשורת (Morgan et al., 2008; Taua & Farrow, 2009). הם גם חשופים יותר לסטיגמות חברתיות. קשיים אלו מחייבים טיפול אינטגרטיבי, מתמשך, אינטגרטיבי ומקיף (Davis, Barnhill, & Saeed, 2008) על ידי מומחים מתחומים שונים, בעיקר עובדים סוציאליים ופסיכיאטרים.

ברוב מדינות המערב, לפסיכיאטרים אחריות עיקרית לטיפול באנשים עם אבחנה כפולה, לרבות אבחון ומתן טיפול תרופתי. מחקרים שנעשו בשנים האחרונות בחו"ל (Werner, Stawski, Polakiewicz, & Jess et al., 2008; Torr et al., 2008) התמקדו בבחינת הידע, ההכשרה והעמדות של פסיכיאטרים בנושא טיפול באוכלוסייה זו. על אף חשיבותם של הפסיכיאטרים בטיפול זה, עובדים סוציאליים נחשבים על פי רוב למנהלי הטיפול הישיר באנשים עם אבחנה כפולה ובני משפחתם. מתפקידם של העובדים הסוציאליים להבטיח ששירותים מקיפים, ובכללם שירותי בריאות הנפש, יהיו ברמה גבוהה ויקדמו את איכות החיים של לקוחותיהם. כדי לבצע את תפקידם כהלכה, חשוב שהעובדים הסוציאליים יהיו בעלי ידע נאות בתחום ושגישתם כלפי אוכלוסייה זו תהיה חיובית.

מטרת הסקר הנוכחי היא לבדוק את תפיסת הידע, העמדות וההכשרה של עובדים סוציאליים לטיפול באנשים עם אבחנה כפולה וכן את תפיסותיהם לגבי טיבו של השירות הפסיכיאטרי ששירותי בריאות הנפש מספקים כיום לאוכלוסייה זו. סקר זה עשוי לשפוך אור על מצב השירותים כיום ולספק מידע לבעלי עניין בתחום האבחנה הכפולה (משרד הבריאות, משרד הרווחה, ארגוני זכויות נכים ותוכניות הכשרה לעוסקים בתחום) לקראת התוויית תוכניות מתאימות והערכתן.

סקירת ספרות

קוד האתיקה של העובדים הסוציאליים בישראל (1995) קובע כי העבודה הסוציאלית שואפת לקדם ולממש שוויון הזדמנויות, אי אפליה והענקת זכויות ועזרה שווים לכל אדם (פרק ב' – "ערכי המקצוע"). אחת האוכלוסיות שעליהן אמורים העובדים הסוציאליים היא אנשים עם אבחנה כפולה. כאמור, אבחנה כפולה מתייחסת לאבחנה של מחלה פסיכיאטרית אצל אנשים עם מוגבלות שכלית (Morris, 2003). לאנשים עם אבחנה כפולה קשיים רבים אשר מחייבים טיפול אינטגרטיבי, מתמשך, אינטגרטיבי

כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית

ומקיף (Davis et al., 2008). בין היתר יש לאוכלוסייה זו קשיים בתפקוד הקוגניטיבי, בעיות בריאות, קשיי תקשורת (Morgan et al., 2008; Taua & Farrow, 2009) וחשיפה לסטיגמה. קוד האתיקה של העובדים הסוציאליים מחייב עובדים סוציאליים לפעול ולהבטיח שאוכלוסייה זו תקבל אותן הזדמנויות ואפשרויות כמו כלל האוכלוסייה, בפרט טיפול נאות במסגרת השירותים הקיימים לכלל האוכלוסייה ולא במסגרות נפרדות.

מנגד, מחקרים מראים כי עובדים סוציאליים וסטודנטים לעבודה סוציאלית מדווחים לעתים קרובות על עניין מועט בעבודה עם אנשים עם מוגבלויות (Krumer-Nevo & Weiss, 2006; Limb & Organista, 2006), בהם אנשים עם מוגבלות שכלית ואנשים עם אבחנה כפולה (Werner, 2012; Werner & Grayzman, 2011). ממצא זה מדאיג, במיוחד אם נביא בחשבון שלעמדות העובדים הסוציאליים ולידע שלהם השלכות על טיבו של הטיפול שהם נותנים ללקוחותיהם. כך, למשל, במדגם של 512 סטודנטים למקצועות שונים (מתוכם 138 סטודנטים לעבודה סוציאלית) נמצא כי הנכונות לעבוד עם אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה מנובאת, בין היתר, על ידי עמדותיהם והידע שלהם בתחום (Werner, 2012; Werner & Grayzman, 2011). בניסיון להסביר ממצאים אלו הצביעו החוקרים על כך שבתוכניות להכשרת עובדים סוציאליים בישראל חסרות הזדמנויות ללימוד ולהכשרה בתחום האבחנה הכפולה (Werner, 2012). יש חשיבות רבה לממצאים אלו, אך יש להביא בחשבון כי הם משקפים את עמדותיהם של סטודנטים, ולא של עובדים סוציאליים, וכי לא מן הנמנע כי העובדים הסוציאליים הם בעלי עמדות חיוביות יותר (Russo-Gleicher, 2008). יתר על כן, מחקרים קודמים לא בדקו אם יש הבדלים בתפיסות הידע והעמדות של העובדים הסוציאליים בהתאם לאופי תפקידם והגדרתם. ראוי אפוא לדון ביתר הרחבה בתפקידו של העובד הסוציאלי.

הספרות המקצועית מדגישה שלושה תפקידי מפתח של עובדים סוציאליים בתחום המוגבלויות. ראשית, כמייעצים, עובדים סוציאליים מספקים ייעוץ תמיכתי ללקוחות עם מוגבלות שכלית ולבני משפחתם. שנית, כמתאמי שירותים, עובדים סוציאליים מסייעים ללקוחות ולבני משפחתם באמצעות הפניה ותיאום לקבלת השירותים הנחוצים. שלישית, כמתריעים ומסגרים, עובדים סוציאליים מוודאים כי אנשים עם מוגבלות שכלית יקבלו את השירותים שהם זכאים להם, ויתר על כן, יזמו תהליכי פיתוח שירותים בשיתוף אנשי מקצוע, תוך סנגור, תמיכה ושכלול של מערכת שירותים שיש בה היענות אופטימלית לצורכי הפרט (Weiss, Leviton, & Mueller, 1995).

מרכיבי תפקידו של העובד הסוציאלי נובעים מן הסוכנות שבה הוא עובד. בישראל, שתי המסגרות העיקריות שמספקות שירותים ללקוחות עם אבחנה כפולה הן מערכת הרווחה (הלשכה לשירותים חברתיים) ומסגרות דיור חוץ-ביתיות (שירותי דיור תומך) לאנשים עם מוגבלות שכלית. הסקר הנוכחי התמקד בבחינת ההבדלים שבין עובדים

סוציאליים משתי מסגרות השירותים השונות. יש לציין כי בישראל אין הכשרה או הגדרת תפקיד ספציפית לעובדים סוציאליים בתחום האבחנה הכפולה. בהתבססו על השכיחות הגבוהה של אבחנה כפולה – כ-40% מתוך אנשים עם מוגבלות שכלית (Morgan et al., 2008) – הניח סקר זה כי עובדים סוציאליים העובדים עם אנשים עם מוגבלות שכלית באחד השירותים הללו, נפגשים לא מעט עם אנשים שיש להם אבחנה כפולה.

ברוב הלשכות המרכזיות לשירותים חברתיים פועלת יחידת שיקום, המטפלת באנשים עם קשת רחבה של מוגבלויות, לרבות מוגבלות שכלית. בלשכות שאין בהן יחידת שיקום, ניתן מענה לצורכי אוכלוסיית יעד זו בצוותי "פרט ומשפחה" כלליים, האחראיים על נושאי משפחה מגוונים (לאו דווקא בתחום המוגבלות). בכל אחד משני מהמקרים (לשכה עם יחידת שיקום, לשכה בלי יחידת שיקום), ממלא כל אחד מהעובדים הסוציאליים תפקידים רבים ומגוונים, כמתחייב מתקנון העבודה הסוציאלית של משרד הרווחה (1989) התקנון מפרט את מרכיבי התפקיד הבאים: (1) מטפל בהליך האבחון של לקוח כאדם עם מוגבלות שכלית על ידי השירות לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית; (2) מקיים שיחות וקשר עם האדם עם מוגבלות שכלית ובני משפחתו כדי ליעץ להם ולכוון אותם למסגרות המתאימות; (3) חבר בצוותים רב-מקצועיים לקביעת תוכנית הטיפול בלקוח; (4) שותף להחלטה על הוצאת אדם עם מוגבלות שכלית למסגרת חוץ-ביתית; (5) מבקר אצל האדם עם מוגבלות שכלית במסגרת חוץ-ביתית כדי לוודא כי אכן היא המתאימה לצרכיו וכדי לשמור על קשר איתו; (6) מקיים קשר עם המסגרת שאליה הופנה האדם עם מוגבלות שכלית; (7) שותף למיזמים בנושאים המתבצעים בקהילה; (8) מקיים קשר עם אגודות התנדבותיות בהתאם לצרכי לקוח עם מוגבלות שכלית; (9) מסייע לאדם עם מוגבלות שכלית במיצוי השירותים הרלוונטיים והזכויות המוקנות לו על פי החוק.

שלא כמו עובדים סוציאליים בלשכות לשירותים חברתיים, העבודה במסגרות הדירור היא רק עם דיירים עם מוגבלות שכלית. עובדים סוציאליים אלו מבצעים תפקידים הדומים לתפקידי עמיתיהם בלשכות הרווחה, אך ממלאים גם תפקידים נוספים, על פי תקנות הפיקוח על המעונות (תקשורת אישית עם גברת נעמי ארנן, עובדת סוציאלית ראשית בשירות לדירור תומך בקהילה, 2012), ואלו הם: (1) הנחיית צוות העובדים במעון לטיפול בדיירים; (2) השתתפות בהכנת תוכניות קידום אישיות; (3) פיתוח תוכניות סגור והעצמת דיירים; (4) קשר עם בני משפחה ואחראים; (5) השתתפות בוועדת הקבלה למעון; (6) קשר עם רשויות הרווחה אשר טיפלו בדייר; (7) מתן טיפול תמיכתי שוטף לדייר; (8) הפניה לאבחון ולוועדות אבחון; (9) טיפול במינוי אפוטרופוס לדייר.

בהגדרת מרכיבי התפקיד השונים, העובדים הסוציאליים בלשכות לשירותים חברתיים ממלאים בעיקר תפקיד של מתווכים בין צורכי הפרט ובין השירותים

כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית

הקיימים. לעומתם, עובדים סוציאליים במסגרות הדיור מקדישים את רוב זמנם לעבודה ישירה עם אנשים עם מוגבלות שכלית ועם בני משפחותיהם.

עובדים סוציאליים כסגורים (advocates) של אנשים עם אבחנה כפולה במערכת השירותים הנוכחית

אחד התפקידים העיקריים של עובדים סוציאליים בלשכות לשירותים חברתיים ובמסגרות הדיור הוא לשמש סגורים, כלומר להתריע על כך שצרכיו של הלקוח עם מוגבלות שכלית אינם נענים די הצורך במערכת השירותים הקיימת, וכן לקחת חלק בייזום ובפיתוח של שירותים שיענו על צרכים אלה. אשר לצרכים בתחום בריאות הנפש, אמנת האו"ם בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN General Assembly, 2007), אשר מדינת ישראל אשררה ב־2012, מדגישה את זכותם של אנשים עם מוגבלות (כולל מוגבלות שכלית) לשירותים אופטימליים, לרבות שירותי בריאות ושירותי בריאות הנפש, ללא אפליה על רקע מוגבלותם. המדינות החתומות על האמנה (ובהן ישראל) מתחייבות לנקוט את כל האמצעים הנחוצים כדי להבטיח גישה מלאה לשירותי הבריאות.

למרות החובה להבטיח שירותים אופטימליים לאנשים עם אבחנה כפולה, מתן שירות המותאם לאוכלוסייה זו הוא משימה מורכבת ומאתגרת. לעתים תכופות אנשים עם אבחנה כפולה אינם נהנים משוויון מלא בקבלת שירותי בריאות (Ward, Nichols & Freedman, 2010), ובפרט שירותי בריאות הנפש (Stawski & Merrick, 2006). לדוגמה, הועלו ספקות בנוגע ליעילותם של שירותים גנריים (Turner, 1989), כלומר מתן טיפול פסיכיאטרי לאנשים עם מוגבלות שכלית במסגרת השירותים הפסיכיאטריים הכלליים (זהו למעשה המודל הטיפולי הקיים בישראל כיום). נמצא כי ליקויים וחסמים בהכשרה, בתוספת דעות קדומות על מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה, משפיעים לרעה על תפקודם של פסיכיאטרים בארצות רבות, ובהן אוסטרליה, בריטניה, קנדה וישראל (Burge, Ouellette-Kuntz, McCreary, Bradley, & Leichner, 2002; Holt, Costello, & Bouras, 2008; Jess et al., 2008; Werner, Levav, Stawski, & Polakiewicz, 2013; Werner, Stawski et al., 2013). במחקר אשר נערך לאחרונה בישראל בקרב פסיכיאטרים העובדים בשירות הציבורי נמצא כי כ־90% מהפסיכיאטרים דיווחו שלא קיבלו הכשרה ספציפית באבחון ובטיפול באנשים עם אבחנה כפולה. לצד זאת, 87% מהפסיכיאטרים הסכימו במידה רבה או במידה רבה מאוד כי לדעתם יש להביא לשיפור ההכשרה הקיימת כיום בתחום האבחנה הכפולה. בנוסף, כ־29% מהפסיכיאטרים סברו שיש להם רמה נמוכה של ידע ומיומנויות וכשני שלישים סברו כי אין במסגרת עבודתם הזדמנויות ללמידה בתחום האבחנה הכפולה (סטבסקי, ורנר, לבב ופולאקביץ, 2011). מיקומם המרכזי של העובדים הסוציאליים בטיפול באוכלוסייה זו והספקות לגבי טיב הטיפול הפסיכיאטרי הניתן לאוכלוסייה זו בישראל, הנחו את מטרת הסקר הנוכחי

לבחון כיצד תופסים העובדים הסוציאליים את התאמתם של שירותי בריאות הנפש הקיימים כיום לאוכלוסייה עם אבחנה כפולה.

מטרות הסקר

לסקר זה שתי מטרות עיקריות: (1) לבחון כיצד תופסים עובדים סוציאליים את רמת הידע, העמדות וההכשרה שלהם ביחס לטיפול באנשים עם אבחנה כפולה; (2) לבחון כיצד תופסים עובדים סוציאליים את טיבו של השירות הפסיכיאטרי ששירותי בריאות הנפש מספקים כיום לאוכלוסייה זו.

השערות המחקר

1. עובדים סוציאליים מלשכות לשירותים חברתיים ידווחו על רמה נמוכה יותר של ידע ושל הכשרה לעומת עמיתיהם ממסגרות הדיור.
2. לאור עבודתם הישירה והקרובה יותר של עובדים סוציאליים ממסגרות הדיור, עמדותיהם תימצאנה חיוביות יותר מעמדותיהם של העובדים הסוציאליים מהלשכות.
3. עובדים סוציאליים יעריכו כי מערכת שירותי בריאות הנפש הנוכחית אינה הולמת את צורכיהם של אנשים עם אבחנה כפולה. כמו כן, עובדים סוציאליים יעריכו כי פסיכיאטרים חסרים את הידע והמודעות הנחוצים לטיפול נאות באנשים עם אבחנה כפולה.

המחקר

אוכלוסיית המחקר והמדגם

אוכלוסיית המחקר כללה שתי קבוצות עיקריות של עובדים סוציאליים העובדים עם אנשים עם מוגבלות שכלית: עובדים סוציאליים בלשכות לשירותים חברתיים ועובדים סוציאליים במסגרות דיור קהילתיות. בסך הכול השתתפו במחקר 102 עובדים סוציאליים, 65 מלשכות הרווחה, ו-37 ממסגרות הדיור.

לגיוס הנבדקים העובדים בלשכות הרווחה נעשה שימוש ברשימה טלפונית של כל הלשכות לשירותים חברתיים בישראל ($N=310$). נערכה דגימה שיטתית שבה נעשה שימוש ברשימת הלשכות הערוכה בסדר אלפביתי, ומתוך רשימה זו נדגמה כל לשכה שלישית באמצעות ספירה שיטתית בקפיצות של שלוש. בכל לשכה שנדגמה נתבקשה

כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית

השתתפותם של העובדים הסוציאליים האחראים על תחום המוגבלות השכלית. בלשכות שבהן לא נמצא עובד סוציאלי מסוים האחראי על אוכלוסייה זו (בעיקר לשכות שבהן אין יחידות שיקום), ביקשנו את השתתפותם של העובדים הסוציאליים אשר היכרותם עם אוכלוסייה זו היא הקרובה ביותר. כלומר, הפנייה הייתה ספציפית לעובדים סוציאליים המכירים את התחום ולא לכלל העובדים הסוציאליים בלשכה. מספר הלשכות שעמן נוצר קשר היה 98. שאלונים נשלחו ללשכות בדואר האלקטרוני או בפקס, על פי בקשתן, והוחזרו ישירות אל החוקרים. לאחר שתי תזכורות ללשכות הרווחה, הוחזרו שאלונים מ-45 מתוך 98 הלשכות שעמן נוצר קשר (46% היענות). משיחות הטלפון עם לשכות הרווחה, ידוע לנו כי בכל לשכה אשר השתתפה בסקר היה לפחות עובד סוציאלי אחד האחראי לתחום המוגבלויות (בין אם במסגרת יחידת שיקום או לא במסגרת יחידת שיקום). עם זאת, ב-13 מהלשכות נמצא עובד סוציאלי שהתמחה בטיפול כוללני במשפחות או במתבגרים ולעיתים באוכלוסיות אחרות (מבוגרים או תפקידי ניהול) ולא עבד באופן ספציפי במסגרת יחידת שיקום. עם זאת, במסגרת המחקר לא היה ביכולתנו לאסוף את המידע המדויק על מספר העובדים הסוציאליים הרלוונטיים בכל לשכה כדי לחשב את אחוזי ההיענות.

עובדים סוציאליים הפועלים במסגרות הדיור גויסו בעזרת השירות לדיור תומך של "האגף לשירותי טיפול באדם עם מוגבלות שכלית" במשרד הרווחה. הנהלת השירות שלחה הודעה בדואר האלקטרוני לכל מנהלי מסגרות ההוסטלים והדיור בקהילה. בהודעה זו נתבקשו כל העובדים הסוציאליים ממסגרות אלו להשתתף בסקר. הודעת הדואר האלקטרוני כללה את שאלון המחקר וכן כתובת דוא"ל וכתובת פיזית של החוקרים לצורך החזרת השאלון אחרי מילוי. לאחר כחודש שלחה הנהלת השירות דוא"ל נוסף לתזכורת השתתפות במחקר. הסכמה להשתתף במחקר באה לידי ביטוי בכך שהמשתתפים החזירו את השאלון המלא בדואר או בדוא"ל. מתקשורת אישית עם נעמי ארנן, עובדת סוציאלית ראשית בשירות לדיור תומך בקהילה, אנו יודעים כי בשירותים אלו מועסקים (נכון לזמן ביצוע המחקר) כ-75 עובדים סוציאליים. ממסגרות דיור אלו הוחזרו אלינו 37 שאלונים (49% היענות).

מאפייני הרקע של המשתתפים בסקר מתוארים בלוח 1. כפי שאפשר לראות, רוב המשתתפים היו נשים, בגיל ממוצע של 40.7 שנים (טווח גילים 27–63), בעלות תואר ראשון בעבודה סוציאלית ו-13 שנות ניסיון במוצע. רוב המשתתפים עבדו באופן ישיר עם אנשים עם מוגבלויות ובני משפחתם. מיעוט המשיבים (18%) עבדו בעיקר עם ילדים, מתבגרים או משפחות כעובדים סוציאליים כלליים. כלומר, היכרותם עם אוכלוסיית המחקר הייתה מועטה יותר והתרחשה כאשר היו אנשים עם מוגבלות שכלית (או אבחנה כפולה) אצל המשפחות שבהן הם טיפלו באופן כללי בתחומי קשיים אחרים.

שירלי ורנר ובנימין הוזמי

לוח 1: משתנים דמוגרפיים ורקע מקצועי של המשתתפים במחקר (N=102)

משתנים	N	%
מין		
נשים	88	86.3
גברים	14	13.7
תואר אקדמי		
תואר ראשון BSW	57	55.9
תואר שני MSW	44	43.1
דוקטור PhD	1	1.0
מקום תעסוקה עיקרי		
לשכת רווחה	65	63.7
מסגרת דיור	37	36.3
אוכלוסייה עיקרית שעמה עובד/ת		
אנשים עם מוגבלות (כולל מוגבלות שכלית)	80	78.4
ילדים/מתבגרים	6	5.9
משפחות	12	11.8
אחר (קשישים, תפקיד ניהולי)	4	3.9
אחוז הזמן המוקדש לעבודה עם אנשים עם מוגבלות בשנה האחרונה		
5%	7	7.0
10%	18	18.0
עד 50%	20	20.0
יותר מ-50%	55	55.0
מספר האנשים עם פיגור שכלי באחריותו של העובד הסוציאלי בשנה האחרונה		
1-10	19	18.8
11-50	50	49.5
50-100	11	10.9
יותר מ-100	21	20.8
היכרות אישית עם אדם עם פיגור שכלי		
לא	43	42.2
כן	59	57.8
גיל	טווח	ממוצע
	63-27	40.7
מספר השנים שעברו מסיום התואר הראשון	38-1	13.0
סטיות תקן		10.4

כלי המחקר

נעשה שימוש בשאלון שנבנה במיוחד לסקר זה, המשלב שאלות מכלי מחקר קיימים עם שאלות אשר נוסחו במיוחד לסקר הנוכחי. יש לציין כי לכל אורך השאלון נעשה שימוש במונח "פיגור שכלי" ולא במונח "מוגבלות שכלית" שהוא המונח המקובל במדינות מערביות ושאושר לשימוש בישראל בחודש יוני 2012 (לאחר סיומו של איסוף הנתונים לסקר הנוכחי). שאלון המחקר התייחס לתחומים הבאים:

רקע דמוגרפי ומקצועי: כולל גיל, מין, מאפייני אוכלוסיית הלקוחות העיקרית אשר באחריות העובד, מסגרת העבודה העיקרית והיקף הזמן (באחוזים) המוקדש לאנשים עם פיגור שכלי.

מידע על לקוחות עם אבחנה כפולה: מספר הלקוחות המופנים לשירותי בריאות הנפש ואחוז מתוך כלל הלקוחות שבטיפולו של העובד הסוציאלי המופנים לשירותי בריאות הנפש.

ידע והכשרה: המשיבים נשאלו אם הם קיבלו הכשרה ייעודית במהלך הלימודים או תוך כדי העבודה בנוגע לאנשים עם פיגור שכלי ובנוגע לאנשים עם אבחנה כפולה. כמו כן, נעשה שימוש באומדן סובייקטיבי של רמת הידע של הנשאל על פיגור שכלי ואבחנה כפולה באמצעות סולם ליקרט הנע בין 1 (מאוד נמוכה) ל-5 (מאוד גבוהה). על גבי סולם בעל אותו טווח, התבקשו המשתתפים לדרג את תפיסתם האישית לגבי כשירותם לעבוד עם אנשים עם אבחנה כפולה.

עמדות ביחס לטיפול באנשים עם פיגור שכלי: העמדות נמדדו באמצעות 8 פריטים המדורגים על סולם בן 4 דרגות הנע בין 1 (מאוד לא מסכים) ל-4 (מאוד מסכים). שני פריטים נלקחו מתוך Psychiatric Disability Attribution Questionnaire (PDAQ) (Corrigan et al., 2001), פריט אחד נלקח מהשאלון של לנוקס וצ'פלין (Lennox & Chaplin, 1995) וחמישה פריטים ניסחו החוקרים הנוכחיים לצורך סקר דומה שנערך בקרב פסיכיאטרים (Werner, Levav et al., 2013; Werner, Stawski et al., 2013). לדוגמה: "זה מתסכל לעבוד עם אנשים עם פיגור שכלי", "אני מרחם על אנשים עם פיגור שכלי". לסולם העמדות כלפי טיפול באנשים עם פיגור שכלי נמצאה מהימנות פנימית סבירה ($\alpha = 0.70$).

שירותי עבודה סוציאלית לאנשים עם פיגור שכלי: המשתתפים התבקשו לדרג על סולם ליקרט בן 4 דרגות (1 – לא מסכים, עד 4 – מסכים) מהי דעתם על הבעיה העיקרית בשירותי הרווחה לאנשים עם פיגור שכלי בשלושה תחומים: ידע של הצוות המקצועי, מחסור בכוח אדם מיומן ודעות קדומות.

אנשי מקצוע ושירותי בריאות הנפש לאנשים עם פיגור שכלי: המשתתפים נשאלו אם נתקלו בקשיים כלשהם בהפניה של אנשים עם פיגור שכלי ואבחנה כפולה לשירותי בריאות הנפש, ומה הייתה סיבת הקשיים האלה, האם הסיבה קשורה ללקוחות ובני

משפחתם, לאנשי המקצוע בשירותי בריאות הנפש או סיבות אחרות. כמו כן, נשאלו המשתתפים אם לפי ניסיונם הפגינו אנשי המקצוע בשירותי בריאות הנפש יכולת מקצועית ויחס מכבד ללקוחות, והאם המשתתפים נתקלו בבעיה כלשהי בקשר שלהם עם שירותי בריאות הנפש במה שנוגע ללקוחות עם פיגור שכלי. את הבעיות העיקריות בשירותי בריאות הנפש עבור אנשים עם פיגור שכלי דירגו המשתתפים על סולם ליקרט בן 4 דרגות (1 – לא מסכים, עד 4 – מסכים) בנוגע לשלושה פריטים: חוסר ידע של עובדי בריאות הנפש, דעות קדומות של עובדי בריאות הנפש, ומחסור בכוח אדם מיומן במערכת בריאות הנפש. המשתתפים הוזמנו להוסיף הערות בכתב בהמשך לתשובותיהם.

תפיסות הטיפול הפסיכיאטרי באנשים עם פיגור שכלי: חלק זה כלל 10 פריטים מהסקר של לנוקס וצ'פלין (Lennox & Chaplin, 1995). בפריטים אלה כבר נעשה שימוש באוסטרליה ובבריטניה (Jess et al., 2008; Torr et al., 2008) וכן בישראל (Werner, Stavski et al., 2013; Werner, Levav et al., 2013), לדוגמה: "היחידות הפסיכיאטריות הסגורות מתאימות לאנשים עם פיגור שכלי". הפריטים דורגו על סולם בן 4 דרגות (1 – לא מסכים, עד 4 – מסכים). מחקרים קודמים דיווחו כי לכלי תוקף נראה ותוקף מבנה (Torr et al., 2008). המהימנות הפנימית של הכלי נמצאה נמוכה ($\alpha=0.54$). על כן נבדקו פרטי השאלון באופן נפרד ולא כסולם. לסיום התבקשו המשתתפים, בעזרת שאלה פתוחה, לתת המלצות לשיפור שירותי בריאות הנפש לאנשים עם פיגור שכלי.

שאלון המחקר במלואו הועבר לכמה מומחים בתחום מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה והם בחנו את התוקף הנראה של הכלי, את בהירות הפריטים ואת התאמתם לנושא הנחקר.

אתיקה: הסקר נערך לאחר קבלת אישור מוועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד באוניברסיטה העברית בירושלים.

ניתוחים סטטיסטיים

הניתוח הכמותי כלל חישוב ממוצעים, סטיות תקן ואחוזים. הבדלים בין עובדים סוציאליים בלשכות לשירותים חברתיים לבין עובדים סוציאליים במסגרות דיור נבדקו בעזרת מבחן מאן ויטני (Mann-Whitney U) למשתנים בסולם סדר, ומבחן χ^2 למשתנים בסולמות קטגוריאליים. את התשובות לשאלות הפתוחות ניתחו החוקרים תוך שימוש בטכניקות לניתוח תוכן (Hsiu-Fang & Shannon, 2005) אשר מאפשרות קידוד שיטתי של התכנים שעלו. שני החוקרים קראו את כל התשובות המילוליות כמה פעמים וקטלגו את הקשיים בשירותים הקיימים ואת ההמלצות לשיפור לפי הדמיון ביניהם, כלומר, המלצות דומות קוטלגו יחדיו.

ממצאים

ידע והכשרה של עובדים סוציאליים

השערת המחקר הראשונה הייתה כי עובדים סוציאליים מלשכות לשירותים חברתיים דיווחו על רמה נמוכה יותר של ידע ושל הכשרה לעומת עמיתיהם ממסגרות הדיור. ממצאי המחקר הראו כי על פי דיווח עצמי, רמת הידע הממוצעת של המשיבים בתחום מוגבלות שכלית הייתה גבוהה יותר ($M=3.50, SD=1.01$) מאשר בתחום האבחנה הכפולה ($M=2.44, SD=0.82$), ($Wilcoxon\ test=84.0, p<.001$). עובדים סוציאליים מלשכות לשירותים חברתיים דיווחו על תפיסה נמוכה יותר של ידע מקצועי בתחום האבחנה הכפולה ($M=2.18, SD=0.73$) בהשוואה לעובדים סוציאליים ממסגרות דיור ($M=2.89, SD=0.77$), ($Mann-Whitney\ U=666.0, p<.001$), אך לא נמצאו הבדלים בין שתי קבוצות העובדים הסוציאליים ברמת הידע הנוגעת למוגבלות שכלית ($Mann-Whitney\ U=1015.5, p>.05$). בנוגע להכשרה, 65.7% מהמשיבים דיווחו כי הם קיבלו הכשרה בתחום מוגבלות שכלית, אך רק 19.6% דיווחו כי קיבלו הכשרה ספציפית לטיפול באנשים עם אבחנה כפולה. לא נמצאו הבדלים בין שתי קבוצות העובדים הסוציאליים בנוגע להכשרה פורמלית בתחום מוגבלות שכלית ($\chi^2(1)=0.32, p>0.05$) או בתחום האבחנה הכפולה ($\chi^2(1)=1.99, p>0.05$).

מבין המשתתפים, 42% דירגו את יכולתם לעבוד עם אנשים עם אבחנה כפולה כנמוכה, 39.0% כממוצעת, ו-19.0% כגבוהה. לא נמצאו הבדלים בדירוג היכולת לעבוד עם אנשים עם אבחנה כפולה בין עובדים סוציאליים אשר עברו הכשרה בתחום לעומת אלו שדיווחו כי לא קיבלו הכשרה בתחום ($Mann-Whitney\ U=694.0, p>.05$). עובדים סוציאליים מהלשכות דירגו את יכולתם לעבוד עם אנשים עם אבחנה כפולה כנמוכה יותר ($M=2.35, SD=0.72$) לעומת עובדים סוציאליים ממסגרות הדיור ($M=3.43, SD=0.84$) ($Mann-Whitney\ U=420.0, p<.001$). נוסף לכך, 60.8% מכלל העובדים הסוציאליים דיווחו כי היו רוצים לקבל הכשרה נוספת בתחום מוגבלות שכלית – במידה רבה עד רבה מאוד.

רבים מהמשיבים (68.4%) גרסו כי באופן כללי, טיפול העובדים הסוציאליים באנשים עם אבחנה כפולה אינו מקיף ואינו מספק. עובדים סוציאליים רבים יותר מהלשכות (79.7%) חשו כי שירותים אלו אינם מספקים לעומת עובדים סוציאליים ממסגרות הדיור (50.0%) ($\chi^2(1)=9.10, p=0.01$). רוב המשתתפים (62.7%) ייחסו את הקשיים בשירותים החברתיים הניתנים לאוכלוסייה זו למחסור בעובדים סוציאליים מיומנים, 51.0% ייחסו זאת לידע מוגבל של עובדים סוציאליים בתחום בריאות הנפש, ו-13.7% ייחסו זאת לדעות קדומות של עובדים סוציאליים על אנשים עם אבחנה כפולה.

עמדות של עובדים סוציאליים בנוגע לטיפול בלקוחות עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה

השערת המחקר השנייה הייתה כי לאור עבודתם הישירה והקרובה יותר של עובדים סוציאליים ממסגרות הדיור, עמדותיהם ימצאו חיוביות יותר מעמדותיהם של העובדים הסוציאליים מהלשכות. כפי שניתן לראות בלוח 2, רוב המשיבים (מעל 90%) חשו כי הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית הסב להם סיפוק. על רמת סיפוק גבוהה יותר דיווחו עובדים סוציאליים ממסגרות הדיור. כרבע מהמשתתפים דיווחו כי הם מרחמים על אנשים עם מוגבלות שכלית ו-15% דיווחו כי הם חשים תסכול. רק 10.2% מהמשתתפים (יותר עובדים סוציאליים מהלשכות לעומת מסגרות הדיור) דיווחו כי הם מעדיפים לעבוד עם אוכלוסיות אחרות, ורק 4.0% דיווחו כי תפקידם הסתיים בהפניית הלקוח לשירותי בריאות הנפש.

לוח 2: עמדות של עובדים סוציאליים על טיפול בלקוחות עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה

Mann-Whitney U	עובדים סוציאליים ממסגרות דיור – % המסכימים	עובדים סוציאליים מלשכות רווחה – % המסכימים	סך הכול	
876.0 *	94.5	90.3	91.9	אנשים עם פיגור שכלי יכולים להיתרם מטיפול תרופתי
766.5 **	100	85.7	91.0	טיפול באנשים עם פיגור שכלי נותן לי סיפוק
1314.0	21.6	30.1	27.0	אני מרחם על אנשים עם פיגור שכלי
1076.5	20.0	12.7	15.3	זה מתסכל לעבוד עם אנשים עם פיגור שכלי
1422.5 **	5.7	12.7	10.2	אני מעדיף לטפל במטופלים אחרים מאשר באנשים עם פיגור שכלי
1386.0 *	0	11.1	7.0	אני מעדיף שלא לעבוד עם אנשים עם פיגור שכלי
1507.0 **	0	6.4	4.0	תפקידו של העובד הסוציאלי בטיפול באנשים עם אבחנה כפולה מסתיים בעת ההפניה לשירותי בריאות הנפש
1081.0	5.4	1.6	3.0	לספק לאנשים עם פיגור שכלי שירותים כגון דיור מוגן או תעסוקה מוגנת הוא בזבוז של כספי ציבור

הערה: טווח התשובות נע בין 1 – מאוד לא מסכים, ל-4 – מסכים מאוד. * p < .05 ** p < .01

כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית

שימוש של לקוחות עם מוגבלות שכלית בשירותי בריאות הנפש

השערת המחקר השלישית הייתה כי עובדים סוציאליים יעריכו את מערכת שירותי בריאות הנפש הנוכחית כמערכת שאינה הולמת את צורכיהם של אנשים עם אבחנה כפולה. כמו כן, עובדים סוציאליים יעריכו כי פסיכיאטרים חסרים את הידע והמודעות הנחוצים לטיפול נאות באנשים עם אבחנה כפולה. ממצאי המחקר מראים כי במה שנוגע לשימוש בשירותי בריאות הנפש, 72.3% מהמשיבים דיווחו כי פחות מ-25% מלקוחותיהם עם מוגבלות שכלית הופנו בעבר לשירותי בריאות הנפש; 16.8% מהמשיבים ציינו כי 25%-50% מלקוחותיהם הופנו לשירותי בריאות הנפש, ו-9.9% השיבו כי יותר מ-50% מלקוחותיהם הופנו בעבר לשירותי בריאות הנפש. נמצאו הבדלים מובהקים בין עובדים סוציאליים ממסגרות הדיוור, אשר דיווחו על יותר הפניות של לקוחות לשירותי בריאות הנפש (52.8% הפנו יותר מ-26.0% מלקוחותיהם) לעומת עובדים סוציאליים מהלשכות (13.8% הפנו יותר מ-26.0% מלקוחותיהם) $(x^2(5) = 26.62, p < .001)$. עם זאת, הממצאים מצביעים על קושי לקבל שירות מאחר שלא כל הלקוחות שהופנו לשירותי בריאות הנפש אכן זכו לקבל טיפול בשירותים אלו: 34.0% דיווחו כי עד 10% מהלקוחות שהופנו נבדקו, 13.4% מהמשתתפים דיווחו כי לכל היותר 25% מהלקוחות שהופנו נבדקו, 8.2% דיווחו כי עד 50% מהלקוחות נבדקו, 10.3% דיווחו כי עד 75% מהלקוחות נבדקו ורק 34% מהמשתתפים דיווחו שבין 76% ל-100% מהלקוחות שהופנו נבדקו בשירותי בריאות הנפש.

יותר ממחצית המשיבים (61.7%) דיווחו כי נתקלו בבעיות בעת הפניית לקוחותיהם לשירותי בריאות הנפש. בסוגיה זו לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי קבוצות המחקר $(Mann Whitney U = 1154.5, p > .05)$. באופן ספציפי, 43.3% מהמשיבים ייחסו את הקשיים ללקוחות עם מוגבלות שכלית עצמם ולבני משפחתם; 38.9% ייחסו זאת לשירותי בריאות הנפש ו-4.5% לסיבות אחרות.

מבין 102 המשתתפים, 75 הוסיפו הסברים מילוליים לסיבות שבגללן קשה לקבל שירות במרפאות לבריאות הנפש. אשר לאדם עם המוגבלות ומשפחתו, המשתתפים ציינו כי חלק מהלקוחות ובני משפחתם לא הסכימו להגיע לאבחון במרפאות הפסיכיאטריות, בעיקר מפני שהמשפחות היו תשושות או שהמרפאות היו מרוחקות. מבין אלו שהגיעו, חלק סירבו לקבל טיפול מחשש לסטיגמה כפולה שהאבחנה הפסיכיאטרית עלולה ליצור. כלומר, סטיגמה הקשורה באבחנה פסיכיאטרית בנוסף למגבלה השכלית. תשובות מילוליות על בעיות הקשורות למערכת שירותי בריאות הנפש תובאנה בחלק הבא.

הערכת עובדים סוציאליים את תפקיד הפסיכיאטריה בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית כפי שאפשר לראות בלוח 3, יותר מ-60% מהמשתתפים הסכימו כי אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה אינם מקבלים שירותי בריאות נפש הולמים, וכמעט 40%

הסכימו כי אנשים עם מוגבלות שכלית נשארים זמן רב מהנחוץ במחלקות פסיכיאטריות. זאת ועוד: רוב המשתתפים חשו כי שירותים פסיכיאטריים או מערכות תמיכה קהילתיות שאינם הולמים, עלולים לגרום לשימוש בלתי הולם בתרופות. בנוסף, מרבית המשתתפים סברו כי אנשים עם מוגבלות שכלית פגיעים יותר לניצול במהלך שהותם בבתי החולים. רק כרבע מהמשתתפים חשו כי קל להם להפנות לקוחות ולשמור על קשר עם שירותי בריאות הנפש, או כי השירותים הניתנים בקהילה אכן מתאימים לאוכלוסיית היעד. מיעוט קטן, כעשירית מכלל המשיבים (ויותר מקרב העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה), חשו כי מחלקות האשפוז הפסיכיאטריות בבתי החולים מתאימות לאוכלוסייה זו. כמעט 40% הסכימו כי אנשים עם מוגבלות שכלית זקוקים למרפאה או למחלקה ייחודית המותאמת להם.

לוח 3: הערכתם של עובדים סוציאליים את תפקיד הפסיכיאטריה בטיפול במוגבלות שכלית

Mann-Whitney U	עובדים סוציאליים ממסגרות דיור – % המסכימים	עובדים סוציאליים מלשכות רווחה – % המסכימים	סך הכול	
1113.5	100	93.6	95.8	הכשרה פסיכיאטרית בתחום מוגבלות שכלית צריכה להיות אפשרות להתמחות <u>לכל</u> המתמחים בפסיכיאטריה
966.0	87.8	95.0	92.5	אנשים עם פיגור שכלי פגיעים לניצול על ידי פציינטים אחרים במחלקה פסיכיאטרית כללית
1068.0	88.5	88.5	88.6	מערכות תמיכה קהילתיות בלתי מספיקות עלולות להוביל לרישום בלתי מתאים של תרופות פסיכוטרופיות (פסיכיאטריות)
852.0	91.5	85.2	87.5	שירותים פסיכיאטריים קהילתיים בלתי מספיקים עלולים להוביל לרישום בלתי מתאים של תרופות פסיכוטרופיות (פסיכיאטריות)
928.5	55.1	66.6	62.8	אנשים עם פיגור שכלי אינם מקבלים שירות הולם משירותי בריאות הנפש
1209.5	31.5	44.1	39.4	מטופלים עם פיגור שכלי זקוקים למרפאה ייחודית ונפרדת

הערה: טווח התשובות נע בין 1 – מאוד לא מסכים, ל-4 – מסכים מאוד.

כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית

לוח 3 (המשך)

Mann-Whitney U	עובדים סוציאליים ממסגרות דיור – % המסכימים	עובדים סוציאליים מלשכות רווחה – % המסכימים	סך הכול	
730.0	36.0	40.7	39.2	אנשים עם פיגור שכלי נשארים לעתים קרובות תקופה ארוכה מדי באשפוז פסיכיאטרי
950.0	34.3	21.3	26.0	קל להפנות ולעבוד בשיתוף פעולה עם שירותי בריאות הנפש עבור אנשים עם פיגור שכלי
1303.5 *	2.9	18.0	12.6	מחלקת אשפוז פסיכיאטרית אקוטית מותאמת בדרך כלל לאנשים עם פיגור שכלי ועם בעיות פסיכיאטריות
1264.0	0	13.1	8.4	לפסיכיאטר אין כמעט תפקיד באבחון או בטיפול בבעיות התנהגות של אנשים עם פיגור שכלי

הערה: טווח התשובות נע בין 1 – מאוד לא מסכים, ל-4 – מסכים מאוד. * p < .05

תפיסות של עובדים סוציאליים את אנשי המקצוע בשירותי בריאות הנפש

רוב המשיבים (71.9%) דיווחו כי אנשי המקצוע בשירותי בריאות הנפש התייחסו באופן מקצועי ללקוחות עם מוגבלות שכלית. רק 12.5% דיווחו כי הטיפול אינו מקצועי ו-15.6% דיווחו כי אין ביכולתם להעריך פריט זה. הרוב (76.3%) סברו כי לקוחות עם מוגבלות שכלית זוכים ליחס מכבד בשירותי בריאות הנפש. 8.2% חשו כי היחס אינו מכבד ו-15.5% לא יכלו להעריך פריט זה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי קבוצות העובדים הסוציאליים בנוגע להערכת הפריטים האלו.

גם אם מצטיירת תמונה חיובית מתשובות המשתתפים על יחס אנשי המקצוע בשירותי בריאות הנפש אל אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה, רוב המשתתפים (60.2%) דיווחו שחוו קשיים בקשר עם שירותי בריאות הנפש בנוגע ללקוחותיהם עם מוגבלות שכלית. לא נמצאו הבדלים בין שתי קבוצות העובדים הסוציאליים (Mann Whitney U = 855.0, p > .05). הקשיים שדווחו היו קשורים למחסור בפסיכיאטרים מיומנים (56.9%); ידע מוגבל של פסיכיאטרים (49.1%); ודעות קדומות של פסיכיאטרים (32.3%).

תשובותיהם המילוליות של המשתתפים השלימו תמונה זו. רוב התשובות הצביעו על כך שהשירותים אינם מותאמים לאנשים עם מוגבלות שכלית. המשתתפים דיווחו כי

גם אם השירות היה מכבד, הוא לא ענה על צרכיה הייחודיים של אוכלוסייה זו. בתשובות המילוליות שבו המשיבים ודיווחו על ידע מוגבל של הפסיכיאטרים, ניסיון מוגבל וקושי במיומנויות תקשורת המתאימות לאוכלוסיית היעד. המשתתפים דיווחו כי מרפאות פסיכיאטריות סירבו לטפל באוכלוסייה זו בטענה שהקשיים של הלקוחות הם חלק אינטגרלי מהמוגבלות השכלית. כאשר סופקו שירותים, לקוחות עם מוגבלות שכלית נאלצו להמתין בתורים ארוכים, סיטואציה שאינה מתאימה לצרכים הייחודיים של אוכלוסיית יעד זו.

המשיבים חשו כי פסיכיאטרים היו חסרי סבלנות וסיפקו טיפול שטחי. נוסף לכך עלו קשיים הנוגעים לטיפול פסיכותרופי (תרופתי). פסיכיאטרים נתפסו כנכונים לספק טיפול פסיכותרופי מהר מדי, מה שמוביל לעתים לטעויות ברישום הטיפול התרופתי. פסיכיאטרים גם נתפסו כחסרים הבנה וראייה של ההקשר החברתי. פעמים רבות הם לא אספו מידע מדמויות מפתח בקהילה של הלקוח וביססו את אבחנתם באופן בלעדי על התרשמותם במהלך פגישת האבחון. לאחר מתן האבחנה, הפסיכיאטרים לא סיפקו משוב מקצועי לעובדים הסוציאליים המפנים.

המלצות העובדים הסוציאליים לשיפור שירותי בריאות הנפש עבור אנשים עם מוגבלות שכלית

מכלל התשובות המילוליות זוהו שלושה סוגים עיקריים של המלצות: התאמה של הצוות המטפל, התאמה של השירותים ושיתוף פעולה בין נותני השירותים השונים. בנוגע להתאמת הצוות המטפל, המשתתפים הצביעו על החשיבות במתן הכשרה ספציפית בנושאים של מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה הן לעובדים סוציאליים והן לפסיכיאטרים. בנוגע להתאמת השירותים, המשתתפים המליצו להפוך את תהליך ההפניה לפשוט ומהיר יותר. חלק מהמשיבים המליצו לפתח שירותים שמתמחים בתחום האבחנה הכפולה, אשר יספקו באגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית וכן שירותים המספקים טיפול לטווח ארוך. בנוגע לשיתוף פעולה בין נותני השירותים, ההמלצות כללו חיזוק קשרי העבודה בין המרפאות הפסיכיאטריות והלשכות לשירותים חברתיים; פיתוח שיתוף פעולה מקצועי וחלוקת אחריות ברורה בין השירותים; יצירת צוותי עבודה אשר יכללו אנשי מקצוע משירותי בריאות הנפש ומשירותי הרווחה ויקבלו על עצמם אחריות משותפת לתיאום השירותים. המשתתפים גם המליצו כי אנשי מקצוע משירותי בריאות הנפש יאספו מידע רלוונטי מעובדים סוציאליים, מבני משפחה ומדמויות מפתח נוספות כדי לקבל תמונה מקיפה יותר של הלקוח.

דיון

לסקר הנוכחי היו שתי מטרות עיקריות. ראשית, לבחון את רמת הידע, את רמת ההכשרה ואת העמדות של עובדים סוציאליים בלשכות לשירותים חברתיים ובמסגרות דיור בנוגע לטיפול באנשים עם אבחנה כפולה של מוגבלות שכלית ושל מחלה פסיכיאטרית; שנית, לבחון כיצד תופסים עובדים סוציאליים את טיב השירות והטיפול שנותנים לאוכלוסייה זו שירותי בריאות הנפש ואנשי המקצוע, ובראשם הפסיכיאטרים. הממצאים מצביעים על כך שרמת הידע נתפסה כגבוהה יותר בתחום המוגבלות השכלית לעומת תחום האבחנה הכפולה. הידע של עובדים סוציאליים בנוגע לאבחנה כפולה דורג כנמוך יחסית בשתי קבוצות המחקר, והעובדים הסוציאליים חשו כי חסרה להם הכשרה בתחום האבחנה הכפולה. בנוסף, נמצא כי העובדים הסוציאליים מחזיקים בעמדות חיוביות כלפי אוכלוסיית המחקר. הם גם חשבו כי השירותים הפסיכיאטריים סוציאליים לאנשים עם אבחנה כפולה אינם מקיפים.

הבדלים בתפיסה בנוגע לרמת הידע ולרמת ההכשרה בין עובדים סוציאליים בלשכות לשירותים חברתיים לעובדים הסוציאליים במסגרות הדיור

נמצאו הבדלים בין עמדתם של עובדים סוציאליים מלשכות לשירותים חברתיים לעמדתם של עובדים סוציאליים במסגרות דיור. עובדי הלשכות דיווחו על רמת ידע נמוכה יותר בתחום האבחנה הכפולה, והביעו העדפה לעבוד עם לקוחות אחרים שאין להם מוגבלות שכלית, יותר מעובדי מסגרות הדיור. לעומתם, העובדים במסגרות הדיור דיווחו על סיפוק רב יותר מעבודתם והיו שבעי רצון מהשירות שסיפקו. שתי הקבוצות דיווחו על רצון לקבל ידע והכשרה נוספים.

ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם מחקרים קודמים מישראל שהדגישו את המחסור בהתמחות והכשרה בתחום השיקום בכללותו במסגרת לימודי העבודה הסוציאלית (Werner, 2012; Werner & Grayzman, 2011). ממצאים אלה עשויים להיות קשורים לתפקידים השונים של העובד הסוציאלי. עובדים סוציאליים במסגרות הדיור בחרו בסוג עבודה המתאפיין בקשר ישיר ויום-יומי הכולל עבודה קלינית עם לקוחות עם מוגבלות שכלית (תקנות הפיקוח על המעונות, תקשורת אישית, 2012), ואילו עובדים סוציאליים בלשכות מעורבים בדרך כלל רק כאשר עולה צורך ספציפי או במצבי משבר ומעברים, כגון השמה חוץ-ביתית (תקנון העבודה הסוציאלית, 1989). זאת ועוד: עומס העבודה של עובדים סוציאליים במסגרות דיור הוא נמוך יותר, בדרך כלל, מזה של עובדים סוציאליים מהלשכות, לפחות על פי מספר הלקוחות שנמצאים באחריותם, שכן בכל מסגרת 6–24 דיירים (עמינדב וניסים, 2009), ואילו עובדים

סוציאליים בלשכות כורעים תחת עומס הלקוחות (לוי, 2008). בהתאם לכך, עובדים סוציאליים במסגרות דיור עשויים להיות מעורבים יותר לעומק בתפקידי "ניהול מקרה" (case manager) ולגלות אחריות רבה יותר ללקוח, ואילו בקהילה משפחות רבות מאמצות את התפקיד של "ניהול מקרה" והעובדים הסוציאליים משמשים מתווכים לשירותים. על כן, עובדים סוציאליים במסגרות דיור הופכים להיות מומחים יותר בתחום מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה. ממצא זה חשוב כיוון שמחקרים קודמים הראו שידע רב יותר לא רק משפר את איכות הטיפול, אלא גם מפחית את הסיכון לשחיקה ולעייפות בקרב אנשי מקצוע (Redhead, Bradshaw, Braynion, & Doyle, 2011). הסבר אפשרי נוסף לממצאים הוא שעובדים סוציאליים במסגרות הדיור עובדים לרוב כחלק מצוות רב-מקצועי, ואילו עובדים סוציאליים בלשכות עובדים לעתים קרובות לבדם ונמצאים בקשר רופף יותר עם עמיתים ואנשי צוות מתחומים אחרים. יתר על כן, עבודה בצוות רב-מקצועי מפחיתה את הרגשת הבדידות המקצועית, מחזקת אחריות משותפת ללקוח וכן תקווה לשינוי אפשרי באמצעות יצירת תמונה רחבה יותר ותפיסה רב-ממדית (פרוינד ודרך-זהבי, 2005). כל אלו עשויים להקל את תחושת העומס ולהגביר את הסיפוק בקרב עובדים במסגרות הדיור.

הערכת שירותי בריאות הנפש

הממצאים מציינים תמונה מורכבת של התאמת שירותי בריאות הנפש לאנשים עם אבחנה כפולה. רוב המשתתפים סיפקו הערכה חיובית למדי על רמת המקצועיות הכללית בשירותים אלה. עם זאת, כשנשאלו באופן ספציפי על קשיים שבהם נתקלו והסיבות לקשיים אלה, התקבלה תמונה פחות חיובית. המשתתפים העריכו את שירותי בריאות הנפש כלא-מתאימים לקבוצת אוכלוסייה זו. הקשיים העיקריים נגעו למחסור בידע מתאים, וכן במיומנויות טיפול ומיומנויות תקשורת לקויות בקרב פסיכיאטרים. ייתכן כי עובדים סוציאליים מעריכים לחיוב את תפקוד הפסיכיאטרים באופן כללי, ועם זאת מרגישים כי בכל הנוגע לאבחנה כפולה, איכות השירות של הפסיכיאטרים אינה משביעת רצון. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם מחקר קודם שבו פסיכיאטרים דיווחו על עצמם כבעלי ידע מוגבל והכשרה מוגבלת בתחום האבחנה הכפולה (Werner, Levav et al., 2013; Werner, Stawski et al., 2013). לעובדים סוציאליים משתי הקבוצות, ללא קשר לידע האישי של העובדים ולהגדרת תפקידם, היו תפיסות זהות שהתבססו על היכרותם עם פעילותם של שירותי בריאות הנפש. ממצאי הסקר הנוכחי, לצד ממצאי הסקר הקודם בקרב פסיכיאטרים העובדים במגזר הציבורי בישראל (ראו Werner, Stawski et al., 2013; Werner, Levav et al., 2013), מעוררים דאגה בנוגע למידת המסוגלות של המערכת הקיימת, ומדגישים את אי ההתאמה של שירותי בריאות הנפש לקבוצת אוכלוסייה של אנשים עם אבחנה כפולה.

כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית

יש לציין כי העובדים הסוציאליים בסקר הנוכחי נבדלו מהפסיכיאטרים בסקר הקודם בעמדותיהם האישיות כלפי אוכלוסיית היעד: יותר פסיכיאטרים חשו צורך ביחידות נפרדות המתמחות בטיפול באבחנה כפולה. כמו כן, פסיכיאטרים חשו יותר רחמים כלפי אנשים עם מוגבלות שכלית, חשו מתוסכלים בעבודה עם אנשים עם אבחנה כפולה והעדיפו לטפל בלקוחות אחרים.

אפשר לייחס הבדלים אלו לכך שהלשכות לשירותים חברתיים מספקות שירותים לאוכלוסיות רבות, וייתכן כי עובדים סוציאליים רואים את עצמם אחראים לטווח רחב של לקוחות, ואילו פסיכיאטרים חשים כי הם אחראים בלעדית לפונים לשירותי בריאות הנפש. לאור ניסיונם במערכת בריאות הנפש, פסיכיאטרים בוודאי סבורים כי המערכת במתכונתה היום אינה מסוגלת לספק מענה הולם לאוכלוסייה זו של אנשים עם אבחנה כפולה. אפשר גם לייחס את תסכולם של הפסיכיאטרים והרצון המועט לעבוד עם אוכלוסייה זו לחוסר בידע ובהכשרה בקרב הפסיכיאטרים, לקשר המועט שלהם באופן יחסי עם אוכלוסייה זו ולמחסור בזמן ובמיומנויות. כתוצאה מכך, המוטיבציה של הפסיכיאטרים לטפל באוכלוסייה של אנשים עם אבחנה כפולה אינה גבוהה. שלא כמו קבוצת הפסיכיאטרים, לרוב העובדים הסוציאליים הייתה היכרות עם קבוצת אוכלוסייה זו.

שני הסקרים הצביעו על כך שהן העובדים הסוציאליים והן הפסיכיאטרים חוו קשיים בשיתוף הפעולה עם השירות האחר: שירותי בריאות הנפש או שירותי הרווחה (Werner, Stavski et al., 2013). בהתחשב בצורכיהם המורכבים של אנשים עם אבחנה כפולה (Morgan et al., 2008; Tava & Farrow, 2009), אין די בשירות אחד לספק את כל מגוון הצרכים של אנשים אלו ובני משפחתם, נחוץ לשם כך שיתוף פעולה פורה בין שירותי בריאות הנפש לשירותי הרווחה. לקביעת אבחנה, לניהול או שינוי של תכנית טיפולית קיימת (Ellis, Lutz, & Schaefer, 2007; Sheridan & Kratochwill, 2007) נחוץ שיתוף פעולה להכנת הערכה רב-מקצועית מקיפה, ויוצא מזה כי דרושה גישה רב-מערכתית מתואמת כתנאי לשירות הולם.

מוגבלות הסקר

לסקר הנוכחי כמה מוגבלות. ראשית, המדגם היה קטן ולא הסתברותי, ואין בידינו נתונים על מאפייניהם של עובדים סוציאליים שבחרו שלא להשתתף בסקר. אפשר אולי להניח שעובדים אשר בחרו שלא להשתתף במחקר אוחזים בעמדות שליליות יותר מאלו שבאו לידי ביטוי בסקר הנוכחי. נעשה ניסיון להגיע לעובדים סוציאליים מכלל שירותי הדיור ולמדגם מייצג של לשכות לשירותים חברתיים. עם זאת, החלוקה בין שתי קבוצות המחקר לא הייתה שווה: מספר העובדים הסוציאליים מהלשכות לשירותים חברתיים היה רב ממספר העובדים הסוציאליים ממסגרות הדיור.

שנית, חלק מהשאלונים הוחזרו באמצעות הדואר האלקטרוני ועל כן לא היו אנונימיים. על אף שלחוקרים לא הייתה על פי רוב היכרות אישית עם המשתתפים, יש להביא בחשבון גורמים כגון רצייה חברתית, שכן חלק מהמשתתפים עשויים להרגיש שלא בנוח עם דיווח על מערכת השירות הנוכחית.

שלישית, כלי המחקר התמקד רק באוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה, ואילו הידע והעמדות של המשיבים כלפי קבוצות אוכלוסייה אחרות לא נבדקו.

רביעית, הסקר הנוכחי לא בחן את תפיסות קבוצת ביקורת של עובדים סוציאליים העובדים עם אוכלוסיות אחרות.

חמישית, מהימנות הכלי לבדיקת תפיסות ביחס לטיפול הפסיכיאטרי בקרב אנשים עם פיגור שכלי הייתה נמוכה, דבר שאפשר רק לבחון את הפריטים השונים בנפרד ללא חישוב ציון אינדקס כוללני.

השלכות הסקר

לאור מגבלות אלה, יש להתייחס לממצאי הסקר בזהירות ולראותו כסקר דעות ראשוני המספק חומר למחשבה על השירותים הקיימים וגם יכול להיות בסיס לבנייה של מערך מחקר מקיף יותר ואובייקטיבי. מתוך הממצאים עולה בבירור גם שחלק גדול מהמשתתפים לא היו שבעי רצון מהשירותים הקיימים. תוצאות הסקר מצביעות על צורך דחוף לשנות את המצב הנוכחי בכל הנוגע לשירותי בריאות הנפש ולשירותים החברתיים המסופקים לאנשים עם אבחנה כפולה. שלושה תחומים מרכזיים טעונים שינוי:

1. יש להגביר אצל עובדים סוציאליים ופסיכיאטרים את המודעות וההכשרה בנושאי אבחנה כפולה. העמקת הידע צריכה להתבצע הן באמצעות הכשרה באקדמיה של אנשי מקצוע לעתיד והן באמצעות הכשרה תקופתית שוטפת של אנשי מקצוע אלה לאחר הסמכתם. העשרה ולמידה פורמלית בתחום לצד מגע ישיר עם אנשים שיש להם אבחנה כפולה עשויות לסייע בהפחתת עמדות שליליות, בעיקר בקרב פסיכיאטרים (Seccombe, 2007), ולעורר מוטיבציה גבוהה יותר לעבודה עם אנשים עם אבחנה כפולה (Rose, Rose, & Kent, 2012). הגדרה של אבחנה כפולה כתחום מובחן וייחודי בהכשרה בפסיכיאטריה עשויה למנף את גוף הידע המתהווה בתחום זה ולמַצב את הטיפול כמאתגר וכבעל סטטוס גבוה יותר.

2. יש לשפר את הנגישות אל שירותי בריאות הנפש כדי להקל על אנשים עם אבחנה כפולה. רשימות ההמתנה כיום הן ארוכות, והעדר דפוסי תקשורת מתאימים בין פסיכיאטרים ואנשים עם מוגבלות שכלית הופכים את השירותים הללו לבלתי נגישים עבור אוכלוסייה זו. (קווים מנחים לשיפור הנגישות אפשר למצוא במאמר של ילון-

כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית

חיימוביץ, 2009). Yalon-Chamovitz, 2009). פתרונות נגישות ותקשורת לאנשים עם מוגבלות שכלית תלויים באינטגרציה של שיקולי קצב הדיבור והתקשורת, מורכבות השיח, ולעתים שימוש בעזרים, בהתאמה קוגניטיבית ובנקיטת שיטות שיח, כמו דיבור "בגובה העיניים" והתייחסות ישירה אל הלקוח (במקום לדבר עם אחר על הלקוח) (Developmental Disability Steering Group, 2005; Iacono & Johnson, 2004; Wullink, Veldhuijzen, van-Schrojenstein Lantman, Metsemakers, & Dinant, 2009). הנגשת דפוסי התקשורת והשירותים לאנשים עם מוגבלות שכלית תסייע באבחון יעיל ומדויק יותר של הפרט, מה שיוביל למתן טיפול מתאים.

3. יש למסד דפוסי תקשורת בין אנשי מקצוע שונים ולתאם ציפיות בין גורמי הטיפול השונים. אפשר לבצע זאת בעזרת מנגנון שיגייס את כל אנשי המקצוע בתחום הבריאות והרווחה לעבודה מתואמת עם אוכלוסייה זו. גישה מומלצת בספרות היא הגישה הבין-מקצועית (טרנס-דיסציפלינרית) לעבודת צוות, שבה חברי הצוות מחליפים מיומנויות, טכניקות וידע ספציפי עם חברי צוות אחרים כדי לספק התערבות הוליסטית ואינטגרטיבית דרך איש מקצוע עיקרי אחד ("מנהל הטיפול"). בגישה זו, חברי הצוות מתכננים הערכה אחידה וקובעים מטרות מקיפות לצורך ההתערבות (Doyle, 1997). הגישה הבין-מקצועית מדגישה את החשיבות של שיתוף פעולה מקצועי ועל ראיית האדם כצרכן של כמה שירותים, אשר יחד מספקים את צרכיו בצורה השלמה ביותר. אף על פי שהגישה הבין-מקצועית מיושמת על פי רוב במסגרת של סוכנות אחת, מומלץ ליישם את עקרונותיה בשיתוף פעולה בין שירותים וסוכנויות. ביישום הגישה חשוב לוודא את קיומם של שלושה קווים מנחים מרכזיים: דיאלוג פתוח, ראייה הוליסטית וחלוקת תפקידים ברורה (פרוינד ודרך-זהבי, 2005). כמו כן, חשוב להכשיר מומחים, הן פסיכיאטרים והן עובדים סוציאליים, ולקיים מפגשים טלפוניים ומפגשים פנים אל פנים בין הגורמים השונים, וגם הכשרות משותפות.

בעקבות המלצות אלו ראוי כי משרד הרווחה ומשרד הבריאות ינסחו מסמך כתוב אשר ידגיש קווים מנחים ברורים לטיפול באנשים עם אבחנה כפולה. קווים מנחים חשובים במיוחד כעת, עם אישורה של הרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל, אשר מתעתדת להעביר את שירותי בריאות הנפש לקופות החולים הציבוריות החל מיוני 2015 (בלומנפלד, 2012). יש אפוא להסדיר בבירור את הטיפול באנשים עם אבחנה כפולה, שיבטיח להם שירות ראוי, מקצועי ושוויוני במסגרת הרפורמה.

ממצאי הסקר הנוכחי גם מצביעים על הצורך במחקרי המשך. ראשית, נחוצים מחקרים אפידמיולוגיים, כדי לאמוד את היקף הצרכים של אנשים עם מוגבלות שכלית בהקשר של טיפול במסגרת שירותי בריאות הנפש תוך אפיון סוג הקשיים. שנית, צריך למפות באופן ברור את מעט השירותים הנוכחיים המסופקים לאוכלוסייה זו. בהקשר זה, יש לבחון את העדפתם של הלקוחות או המייצגים אותם בנוגע לאופיו של המענה הטיפולי – טיפול נפרד במסגרת מרפאות מיוחדות לעומת טיפול במסגרת השירותים

הקיימים. שלישית, מחקרי המשך צריכים לבחון גם את תפישותיהם של בני משפחות על צרכי ילדיהם וכיצד לתפיסתם יש לתת מענה לצרכים אלו.

מקורות

- בלומנפלד, ר. (2012). ועדת הכספים אישרה את הרפורמה בבריאות הנפש: טיפול ב־22 שקל לרבעון. הארץ, 7.5.2012. <http://www.haaretz.co.il/news/health/1.702295>.
- לוי, ש. (2008). המחסור בעובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות: מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- סטבסקי, מ., ורנר, ש., לבב, י. ופולאקביץ, י. (2011). בחינת הידע, מיומנויות והעמדות של פסיכיאטרים אודות הטיפול באנשים עם אבחנה של מוגבלות שכלית והפרעה פסיכיאטרית. דוח שהוגש למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- עמינדב, ח. וניסים, ד. (2010). רצף שירותי מגורים לאנשים עם פיגור שכלי. בתוך י. צבע ור. גורבטוב (עורכים), סקירת השירותים החברתיים, 2009 (עמ' 457–480). ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- פרוינד, ע. ודרך־זהבי, ע. (2005). אפקטיביות הצוות הבין־מקצועי: מיתוס או מציאות? השפעת גורמים אישיים וארגוניים על העבודה בצוותים בין־מקצועיים במערכת הבריאות בקהילה. ביטחון סוציאלי, 78, 70–101.
- קוד האתיקה של העובדים הסוציאליים (1995). www.socialwork.org.il.
- תקנון העבודה הסוציאלית (1989). מדיניות משרד העבודה והרווחה בתחום טיפול במפגרים: הוראות והודעות התע"ס http://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/Regulations/SocialRegulations/Pages/Tas_perek_14.aspx.
- Burge, P., Ouellette-Kuntz, H., McCreary, B., Bradley, E., & Leichner, P. (2002). Senior residents in psychiatry: Views on training in developmental disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 568–571.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M.A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187–195.
- Davis, E. L., Barnhill, J., & Saeed, S. Y. A. (2008). Treatment models for treating patients with combined mental illness and developmental disability. *Psychiatric Quarterly*, 79, 205–223.
- Developmental Disability Steering Group (2005). *Management guidelines: Developmental disability* (2nd ed). Melbourne, Australia: Therapeutic Guidelines.
- Doyle, B. (1997). Transdisciplinary approaches to working with families. In B. Carpenter (Ed.), *Families in context: Emerging trends in family support and early intervention* (pp. 150-163). London, England: David Fulton Publishers.
- Ellis, C. R., Lutz, R. E., & Schaefer, B. (2007). Physician collaboration involving students with autism spectrum disorders. *Psychology in the School*, 44, 737–747.
- Emerson, E. (2003). The prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51–58.

כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית

- Holt, G., Costello, H., & Bouras, N. (2008). European service perspectives for people with intellectual disabilities and mental health problems. *International Psychiatry, 5*, 3–9.
- Hsiu-Fang, H., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*, 1277–1288.
- Iacono, I. & Johnson, H. (2004). Patients with disabilities and complex communication needs. *Australian Family Physician, 3*, 585–589.
- Jess, G., Torr, J., Cooper, S.A., Lennox, N., Edwards, N., Galea, J., & O'Brien, G. (2008). Specialist versus generic models of psychiatry training and service provision for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*, 183–193.
- Krumer-Nevo, M., & Weiss, I. (2006). Factors affecting the interest of Israeli social work students in working with different client groups. *Journal of Social Work Education, 42*, 443–463.
- Lennox, N., & Chaplin, R. (1995). The psychiatric care of people with intellectual disabilities: The perceptions of trainee psychiatrists and psychiatric medical officers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29*, 632–637.
- Limb, G. E., & Organista, K. C. (2006). Change between entry and graduation in MSW student views on social work's traditional mission, career motivations, and practice preferences: Caucasian, student of color, and American Indian group comparisons. *Journal of Social Work Education, 42*, 269–290.
- Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: Population-based study. *The British Journal of Psychiatry, 193*, 364–372.
- Morris, S. (2003). "Dual diagnosis". In Psychiatric Patient Advocate Office (Ed.), *Mental health and patients' rights in Ontario: Yesterday, today and tomorrow* (pp. 85–87). Toronto, ON: Queens Printer for Ontario.
- Redhead, K., Bradshaw, T., Braynion, P., & Doyle, M. (2001). An evaluation of the outcomes of psychosocial intervention training for qualified and unqualified nursing staff working in a low-secure mental health unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*, 59–66.
- Rose, N., Rose, J., & Kent, S. (2012). Staff training in intellectual disability services: A review of the literature and implications for mental health services provided to individuals with intellectual disability. *International Journal of Developmental Disabilities, 58*, 24–39.
- Russo-Gleicher, R. J. (2008). MSW programs: Gatekeepers to the field of developmental disabilities. *Journal of Social Work Education, 44*, 129–155.
- Secombe, J. A. (2007). Attitudes towards disability in an undergraduate nursing curriculum: A literature review. *Nurse Education Today, 27*, 459–465.
- Sheridan, S., & Kratochwill, T. R. (2007). *Conjoint behavioral consultations: Promoting family-school connections and interventions*. New York, NY: Springer.
- Stawski, M., & Merrick, J. (2006). Mental health services for people with intellectual disability in Israel: A review of options. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences, 43*, 237–240.
- Taua, C., & Farrow, T. (2009). Negotiating complexities: An ethnographic study of

- intellectual and mental health nursing in New Zealand. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 274–284.
- Torr, J., Lennox, N., Cooper, S. A., Try-Conde, T., Ware, R. S., Galea, J., & Taylor, M. (2008). Psychiatric care of adults with intellectual disabilities: Changing perceptions over a decade. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 890–897.
- Turner, T. (1989). Schizophrenia and mental handicap: An historical review, with implications for further research. *Psychological Medicine*, 19, 301–314.
- UN General Assembly (2007). Convention on the rights of persons with disabilities A/RES/61/106: Resolution adopted by the General Assembly on 24 January 2007. Retrieved from: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45f973632.html>
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- 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, 280–290.
- Weiss, N. R., Leviton, N., & Mueller, M. H. (1995). The changing role of social workers. In O. C. Karan & S. Greenspan (Eds.), *Community rehabilitation services for people with disabilities* (pp. 235–254). Newton, MA: Butterworth-Heinemann.
- Werner, S. (2012). Intention to work with individuals with dual diagnosis: Testing the theory of planned behavior among students from various professions. *Health & Social Work*, 37, 81–89.
- Werner, S., & Grayzman, A. (2011). Factors influencing the intentions of students to work with individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32, 2502–2510.
- Werner, S., Levav, I., Stawski, M., & Polakiewicz, Y. (2013). Israeli psychiatrists report on their ability to care for individuals with intellectual disability and psychiatric disorders. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50, 202–209.
- Werner, S., Stawski, M., Polakiewicz, Y., & Levav, I., (2013). Psychiatrists' knowledge, training and attitudes regarding the care of individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 774–782.
- Wullink, M., Veldhuijzen, W., van-Schrojenstein Lantman, H. M., Metsemakers, F. M., & Dinant, G. J. (2009). Doctor-patient communication with people with intellectual disability: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 10, 82.
- Yalon-Chamovitz, S. (2009). Invisible access needs of people with intellectual disabilities: A conceptual model of practice. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 395–400.