

שם העבודה: ישום החלטות ועדות האבחון של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי - כיצד

הוא קשור למאפייני העובד הסוציאלי ולמאפייני האדם עם הפיגור השכלי ומשפחתו

שנה : 2004

מס' קטלוגי: 522

שם המגיש: קלרמן חוה

עבודת גמר לתואר מוסמך, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן.

### תקציר המחקר

חוק הסעד טיפול במפגרים 1969, הביא לידי מימוש את הצורך בתהליך אבחון רב - מקצועי וכוללני לאדם עם הפיגור השכלי. החוק גובש מתוך הערכה כי נושא זכויותיו וחובותיו של אדם עם פיגור שכלי הינו משפטי וגורר עימו איבוד זכויות אזרחיות. למרות הקביעה החוקית משנת 1969, ועדות האבחון של השירות לטיפול באדם עם פיגור שכלי (להלן: "הועדה"), פועלות כפי הקבוע בחוק רק משנת 1995. מטרת הועדה להחליט האם האדם מתפקד ברמה של פיגור שכלי, ובמידה שכן לקבוע דרכי טיפול בעבורו, במסגרת הקהילתית או המוסדית בה שוהה. עד היום לא נבדקה מידת ישום ההחלטות שהתקבלו בועדה והגורמים המשפיעים על היישום. לאור המגבלות החוקיות של סיפוק השירותים לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים יש חשיבות רבה בבדיקת מידת ישום החלטות הועדה ומהם, אם בכלל, מוקדי הקושי ביישום אותן החלטות כדי לנסות ולהגדיר את מוקדי הבעיה ועל ידי כך לאפשר מציאת פתרונות במסגרת השירותים הקיימים. המחקר הינו מחקר גישוש ראשון בנושא. משום כך הרשויות שנדגמו לצורך המחקר נדגמו בצורה מכוונת, נגישה ובלתי אקראית אך ההחלטות שנדגמו באופן אקראי ייצגו מאובחנים בגילאים שונים המתגוררים ברשויות מקומיות בגדלים שונים. מספר המאובחנים והעובדים הסוציאליים שהשתתפו במחקר היה קטן והמידע שנאסף לא היה אובייקטיבי משום שנאסף מהעובדים הסוציאליים שאחראים על ישום ההחלטות. אי לכך, נדרשת זהירות בהכללת ממצאי המחקר.

### **מטרות המחקר:**

לבדוק את מידת היישום של החלטות ועדת האבחון של השירות לטיפול באדם עם פיגור שכלי, את התחומים בהם קיים קושי ביישום, ולאתר את הסיבות המקשות על ישום ההחלטות ואת המאפיינים של המאובחן ומשפחתו ושל העובד הסוציאלי המשפיעים על מידת ישום ההחלטות. בנוסף נבדק קיומם של שירותים בקהילה הנחוצים לצורך ישום החלטות הועדה. מתודולוגיה

אוכלוסיית המחקר: נכללו במחקר 90 מאובחנים בועדות האבחון, המתגוררים ב- 7 רשויות מקומיות ממרכז הארץ. המאובחנים עברו ועדת אבחון בין שנת 2000 לשנת 2002.

### **כלי המחקר:**

- לצורך המחקר נבנה שאלון לעובדים הסוציאליים האחראים על ישום החלטות הועדה. השאלון כלל את השאלונים הבאים:
1. שאלון פרטים דמוגרפיים ומקצועיים אודות העובד הסוציאלי.
  2. שאלון שחיקה: נעשה שימוש בגרסה החדשה של (Maslach 1986) לבדיקת השחיקה בקרב מדגמים כלליים (בכנר, 1998). (The Maslach burnout inventory manual (2nd. Ed.
  3. שאלון עומס יתר סובייקטיבי: נעשה שימוש בגרסה מקוצרת של שאלון עומס יתר סובייקטיבי (The stressor questionnaire staff) שנבנה ע"י Hatton לצורך בדיקת תגובות דחק ותוצאות טיפול של עובדים בשירותים לאנשים עם מגבלות אינטלקטואליות (ראה: Hatton 1999). השאלון תורגם לצורך מחקר זה.
  4. שאלון עמימות תפקיד: נעשה שימוש בגרסה המקוצרת של השאלון (Role conflict) and

ambiguity questionnaire) שבנו (Lirtzman (1970 & Rizzo, House), והמופיע במחקרה של אביעד-הייבלום (1992).

5. שאלון מעורבות בעבודה JIQ: Job Involvement Questionnaire שאלון זה חובר על ידי Kanungo 1982)). השאלון תורגם לעברית במחקרה של בן ארצי (1998).  
חמשת השאלונים הנ"ל מולאו פעם אחת על ידי העובד הסוציאלי.  
6. שאלון הבדוק את החלטות ועדת האבחון ואת יישומן בתחומים: חינוך, מגורים, שעות הפנאי, תעסוקה, רגשי = נפשי, חברתי, רפואי, פרא רפואי, משפחתי ואפטרופסות..  
7. שאלון מידע אודות המאובחן.  
שאלונים אלו מולאו אודות כל מאובחן שהשתתף במחקר. 28 עובדים סוציאליים ענו על השאלונים הנ"ל.

בנוסף, נערכו ראיונות מובנים עם מרכזי תחום הטיפול באדם עם הפיגור השכלי במחלקות לשירותים חברתיים שנדגמו על מנת ללמוד על השירותים הקיימים בקהילה לצורך יישום ההחלטות, וכן על מנת להשלים ולהרחיב את המידע שנאסף באמצעות השאלונים.

הליך המחקר  
המחקר נערך בהסכמתו ובעידודו של המרכז לאבחון וקידום אנשים עם פיגור שכלי, ובאישורה של מנהלת האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד הרווחה. לכל מרכזת בתחום הפיגור השכלי ברשות המקומית נשלח מכתב המבקש את שתוף הפעולה שלה באסוף הנתונים. עם קבלת ההסכמה נשלחו שאלונים לעובדים הסוציאליים ברשות. על כל אחד מהמאובחנים שנדגמו מילא העובד הסוציאלי שאלון לגבי החלטות הועדה, מידת יישום ההחלטות ופרטים דמוגרפיים אודות המאובחן ומשפחתו. בנוסף, מילא העובד הסוציאלי שאלון האוסף פרטים אודות הכשרתו המקצועית, ושאלונים אודות תחושותיו בעבודה. כל השאלונים היו אנונימיים ושמרו על פרטיות המאובחן, משפחתו והעובד הסוציאלי המטפל במשפחה. לאחר מילויים נשלחו השאלונים אלי. הראיונות המובנים עם מרכזי תחום הטיפול באדם עם הפיגור השכלי במחלקות לשירותים חברתיים נערכו במקביל למילוי השאלונים.

### ממצאים עיקריים :

לגבי 90 המאובחנים שנדגמו התקבלו בועדת האבחון 574 החלטות. מתוכן יושומו במלואן 314 החלטות שהן כ- 55% מכלל ההחלטות. בתחום הרפואי התקבל מספר ההחלטות הרב ביותר (15% מסה"כ ההחלטות), ואילו בתחומים התעסוקתי והחברתי התקבלו מספר ההחלטות הקטן ביותר (8% מסה"כ ההחלטות). ב-8 מתוך 10 התחומים ייושמו למעלה מ- 50% מההחלטות. מידת היישום המלא הגבוהה ביותר נמצאה בתחום החינוכי (78%) והנמוכה ביותר בתחום החברתי (14%).  
בתחום התעסוקתי ובתחום המגורים יושומו באופן מלא 66% מההחלטות, בתחום האפטרופסות יושומו באופן מלא 63% מההחלטות ובתחומים: המשפחתי, הפרא-רפואי ותחום המגורים בין 50% ל-60% מההחלטות שהתקבלו.

במחקר הוגדרו 4 סיבות אפשריות לאי יישום החלטת ועדת האבחון: חוסר שיתוף פעולה של משפחת המאובחן, השירות הנדרש לשם יישום ההחלטה אינו קיים בקהילה, השירות הנדרש קיים אך אינו ניתן לאנשים עם פיגור שכלי ומתן עדיפות נמוכה בסדר המטלות של העובד הסוציאלי. על העובדים הסוציאליים היה לציין לגבי כל אחת מהחלטות הועדה שלא יושמה אילו מבין ארבעת הסיבות האפשריות גרמו לאי היישום.

חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן צוין ע"י העובדים הסוציאליים כסיבה השכיחה ביותר לאי יישום החלטות הוועדה בכל התחומים, פרט לתחום החינוכי (ב- 49% מההחלטות שלא יושומו). שלושה מאפיינים של המאובחן ומשפחתו נמצאו קשורים למידת יישום ההחלטות ולחוסר שיתוף פעולה של המשפחה כסיבה לאי יישום: גיל המאובחן, הכנסת המשפחה ותכיפות ועוצמת הקשר של המשפחה עם העובד הסוציאלי. גיל צעיר יותר של המאובחן נמצא קשור למידה גבוהה יותר של יישום ההחלטות, ולשכיחות נמוכה יותר של חוסר שיתוף פעולה מצד המשפחה כסיבה לאי יישום ההחלטות. קשר חזק ותכוף יותר של העובד הסוציאלי עם המשפחה נמצא קשור למידת יישום גבוהה יותר של החלטות ולשכיחות נמוכה יותר של חוסר שיתוף פעולה של המשפחה כסיבה לאי יישום ההחלטות.

תחושת שותפות נמוכה של העובד הסוציאלי בעבודת הועדה נמצאה קשורה למידת יישום נמוכה של ההחלטות.

ממצאים נוספים לגבי קשיים ביישום ההחלטות שנאספו מהראיונות עם מרכזי התחום ומהערות שנכתבו בגוף השאלונים:  
מאובחנים בעלי אבחנה כפולה (כגון ♣ פיגור שכלי וגם בעיות נפשיות), צוינו על ידי העובדים הסוציאליים כאוכלוסייה בעלת פוטנציאל גבוה יותר לאי יישום ההחלטות. כמו כן, שירותי בריאות הנפש בקהילה אינם זמינים למאובחנים אלו.  
ברשויות בהן ההורים משתתפים במימון פעילות יום לימודים ♣ ארוך, השירות מופעל בצורה טובה יותר והתוכניות המופעלות בו טובות יותר.  
תחום ♣ התעסוקה לאנשים ברמת פיגור בינוני וקשה לוקה בחסר.  
קיים מחסור במסגרות חוץ ♣ ביתיות בעלות אופי דתי וחרדי.  
צהרונים לילדי הגן ומועדונים חברתיים לשעות אחר ♣ הצהרים מצויים במרבית הרשויות. לגבי גילאי 6-15 דווח על מחסור במועדונים לשעות הפנאי. צריכת שירותי הפנאי בעייתית לחלק מההורים היות וקיים קושי לשאת בעלויות השירות.  
העובדים הסוציאליים טענו שלעיתים ההחלטות אינן תואמות את התנאים ♣ הסובייקטיביים של המשפחה, כגון: התנאים הסוציו-אקונומיים או מנטליות המשפחה ולכן הן נשארות בלתי מיושמות. כמו כן, קיימת סטנדרטיזציה של ההחלטות דבר המקשה על יישומן.  
יש לשים לב כי הממצאים לגבי מידת היישום של החלטות והסיבות לאי היישום נאספו מידי העובדים הסוציאליים האחראים על יישום ההחלטות בלבד. לא נאסף מידע מההורים והמאובחנים. זוהי אחת ממגבלות המחקר.

### **המלצות בהקשר להגברת יישום החלטות הועדה הנובעות ממצאי המחקר**

#### בהקשר למשפחת המאובחן:

בכדי להגביר את יישום החלטות הועדה יש להגביר את שיתוף הפעולה של המשפחה עם העובדים הסוציאליים. יש להתמקד בשיתוף הפעולה עם משפחות של המאובחנים הבוגרים יותר, ועם משפחות בעלות הכנסה נמוכה.

#### בהקשר לעובד הסוציאלי:

על העובד הסוציאלי לחזק את עוצמת הקשר שלו עם המאובחן ומשפחתו כדי להביא למידת יישום גבוהה יותר של החלטות הועדה.  
מומלץ לחשוף ולהכשיר מטפלים בתחום בריאות הנפש לאוכלוסיית האנשים עם הפיגור השכלי יש ליידע את ההורים בנוגע לזכויותיהם לקבלת שירותים פרא-רפואיים במסגרת סל השירותים של קופות החולים, ולעזור להם למצות את זכויותיהם בתחום  
העובדים הסוציאליים צריכים להמשיך ולעבוד עם המשפחות על היכולת והצורך של אנשים עם פיגור שכלי להשתלב בשוק החופשי כך שמושג הנורמליזציה יהיה מוחשי בעבורם. בנוסף, במישור הציבורי יש צורך להגביר את החשיפה של מעסיקים ומתנסים ♣ מקומיים לאוכלוסייה וליתרונות שבשילובה בקהילה לשני הצדדים.

יש לעשות חשיבה מחדשת לגבי המעמסה והתקינה של עבודת העובדים הסוציאליים. עובד סוציאלי תחת מעמסה פחותה יצליח להיות בקשר עם יותר משפחות וללוות כל משפחה בצורה טובה יותר כך שיוכל לתת עדיפות גבוהה יותר ליישום ההחלטות ויותר החלטות יוכלו להיות מיושמות.

#### בהקשר לרשות המקומית:

יש להקים מרכזי תעסוקה נוספים לאנשים ברמת פיגור שכלי קשה ולספק שירותי הסעה ברשויות שאין שירות כזה.  
בכדי לעודד משפחות לשלב את בניהם ובנותיהם בפעילות פנאי יש לדאוג שהשירותים הקיימים יהיו זמינים וגמישים בעבורם ( מבחינת המרחק, הצורך בהסעה או ליווי ודרישת התשלום מהמשפחה).  
יש להוסיף למערך רצף שירותי הדיור החוץ-ביתיים מסגרות בעלות אופי דתי.  
יש להוסיף שירותים מתאימים בתחומי החינוך והתעסוקה לאוכלוסייה בעלת אבחנה כפולה.



יש להרחיב את מערך השירותים לטיפול בנושאים חברתיים-מיניים.

בהקשר לועדת האבחון

על הועדה להשתדל ולהתאים את החלטותיה לתנאים הסובייקטיביים של כל משפחה, יש להתייחס לסגנון החיים ותנאים סוציו-אקונומיים.

החלטות הועדה צריכות לכלול החלטות על תוכניות ושירותים התואמים את השירותים הקיימים ברשות המקומית. תוכנית טיפול ריאלית סבירה, עדיפה על תוכנית טיפולית לא ריאלית אופטימלית.

מומלץ להגביר את תחושת השותפות של העובד הסוציאלי בעבודת הועדה להרחיב את השירותים הפרא-רפואיים בסל השירותים של קופות החולים מעבר לגיל 18, דבר המצריך שינוי חקיקה בנושא.