



מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה

סקירה סטטיסטית

טיוטה להערות

אנשים עם פיגור שכלי

ד"ר רנטה גורבטוב
ד"ר אליהו בן משה

תמוז תשס"ט
יולי 2009

אנשים עם פיגור שכלי¹

מבוא

פיגור שכלי הוא תופעה הקיימת בכל חברה, אשר מופקת עוד מתקופות קדומות של ההיסטוריה. האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית והתפתחותית הגדירה מוגבלות שכלית כמוגבלות משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי ובהתנהגות ההסתגלותיות של האדם, המופיעה לפני גיל 18 ומשפיעה על מיומנויות הסתגלותיות, תפיסתיות, חברתיות ומעשיות מרובות². כיום, יש להדגיש, ההתייחסות למוגבלות שכלית (פיגור שכלי) איננה כאל תופעה סטטית, אלא כאל מצב שעשוי להשתנות במשך הזמן, כאשר פרט המוגדר כאדם עם מוגבלות שכלית (פיגור שכלי) עשוי עם תמיכה מתאימה להתגבר על המוגבלות ולצאת מגבולות ההגדרה.

אדם עם פיגור שכלי ("מפגר" בלשון החוק) מוגדר בישראל במסגרת "חוק הסעד (טיפול במפגרים), התשכ"ט – 1969": "אדם שמחמת חוסר התפתחות או התפתחות לקויה של כושרו השכלי, מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא נזקק לטיפול". הגדרה זו כוללת בתוכה ארבעה מרכיבים מרכזיים: התפתחותי, שכלי, הסתגלותי והצורך בטיפול ותמיכה. עוד מציין החוק כי "חולה-נפש כמשמעותו בחוק לטיפול בחולי-נפש, התשט"ו - 1955 אינו בבחינת מפגר לעניין חוק זה". חוק זה גם קבע שבישראל גוף יחיד יהיה רשאי להגדיר מיהו אדם עם פיגור שכלי. גוף זה הינו ועדת האבחון, שהיא ועדה סטטוטורית ותפקידה לקבל החלטה לגבי קיומו של פיגור שכלי, רמתו ודרכי הטיפול בו.

גורמים שונים יכולים לגרום לפיגור שכלי. נראה כי, לרוב, הוא תוצאה של פגיעה שמתרחשת לפני הלידה או בסמוך לה, גם אם הגילוי והאבחון מתרחשים בשלב יותר מאוחר. גורמים שכיחים הן פגיעות פנימיות או חיצוניות במהלך ההריון והלידה, השפעות של אלכוהול וסמים, פגיעות פיזיות, שינויים מטבוליים וכיו"ב. סיבות גנטיות גורמות לפיגור שכלי לערך רק ב-35% מהמקרים. יש לציין כי בחלק גדול מהמקרים, בעיקר במקרים של פיגור שכלי מתון או קל, לא ניתן לזהות את הגורמים³.

¹ בשנים האחרונות חלו שינויים במונחים המשמשים להגדרת התופעה. שינויים אלה משקפים את השינוי שחל בעולם ובישראל בגישה לאנשים עם מוגבלות. השינוי משתקף בישראל בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998, ממנו נעדרים לחלוטין ביטויים כגון "מפגרים", "פיגור שכלי", "נכות" וכד'. מונחים אלה הוחלפו במונח "אנשים עם מוגבלות שכלית". הדבר גם משתקף באמנת האו"ם בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות, מיום 13 בדצמבר 2006, שישאל חתומה עליה. השינוי במונחים מתבצע בשנים האחרונות בהדרגה ברוב המדינות המפותחות וקשור לכך שביטויים כגון: "פיגור שכלי" או "מפגרים" הם בעלי קונוטציות שליליות ופוגעניות ומובילים להדבקת סטיגמה חברתית. יחד עם זאת, בחוק הישראלי העיקרי, שנחקק כבר בשנת 1969, נעשה שימוש במונחים הישנים. חוק זה מסדיר את הטיפול באנשים עם פיגור שכלי ובו גם הוגדרו המוסדות המטפלים באוכלוסייה זו על פי חוק. מסיבה זו, גם במסמך הנוכחי נעשה עדיין שימוש במונח "פיגור שכלי". יש לקוות כי המחוקק והרשויות האמונות על הטיפול באוכלוסייה זו יביאו לתיקון מצב זה בקרוב.

² "Intellectual disability is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior, which covers many everyday social and practical skills. This disability originates before the age of 18." American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), 2009

³ "Epidemiology of Mental Retardation in Children", C. Murphy, C. Boyle, D. Schendel, P. Decoufle and M. Yeargin-Allsopp, Mental Retardation And Developmental Disabilities, Research Reviews 4: pp. 6–13, (1998)

האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים מופקד על האבחון והטיפול באוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי בכל הגילאים ובכל הרמות ובבני משפחותיהם. פעילות האגף מעוגנת בחוקים הבאים:

- חוק הסעד (טיפול במפגרים), התשכ"ט - 1969, לרבות תיקון חוק (מס' 2) התשל"ה - 1975 הסדרת טיפול באדם עם פיגור שכלי בהליך פלילי ותיקון התש"ס - 2000 בנושא סידור חוץ-ביתי ויומי*
- חוק הפיקוח על המעונות, התשכ"ה - 1965
- חוק העונשין (תיקון מס' 26), התש"ן - 1989 (פגיעה בקטינים ובחסרי ישע)
- חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב - 1992 כולל תיקון (10 במרס 1994)
- חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות (בשיתוף עם פקידי סעד סדרי דין), התשנ"ב - 1992
- חוק מעונות יום שיקומיים, התש"ס - 2000
- חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996
- חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), התשס"ו - 2005

לצד האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, קיימים גופים נוספים המעורבים בטיפול באוכלוסייה זו. בין הגורמים הממשלתיים נמצאים - המוסד לביטוח לאומי, שמעניק קצבאות וגמלאות לאנשים עם פיגור שכלי בכל הגילאים, משרד הבריאות שנותן טיפול ע"י שירותי בריאות הנפש; משרד החינוך שבאמצעות האגף לחינוך מיוחד משלב ילדים בגילים 3 - 21 (חינוך חובה) במסגרות חינוך מתאימות. בנוסף קיים שיתוף פעולה רחב בין המשרד לגופים אחרים ביניהם פרטיים וציבוריים, כדוגמת מתן שירותים לאדם עם פיגור שכלי בקהילה: נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות במשרד המשפטים, ארגוני הורים, ארגוני סגור פורמליים, ארגון אק"ם, קרן "שלם", מפעילים (עמותות) ציבוריים ופרטיים, ג'וינט ישראל, חברת המתנ"סים, קרן סקט"א - רש"י.

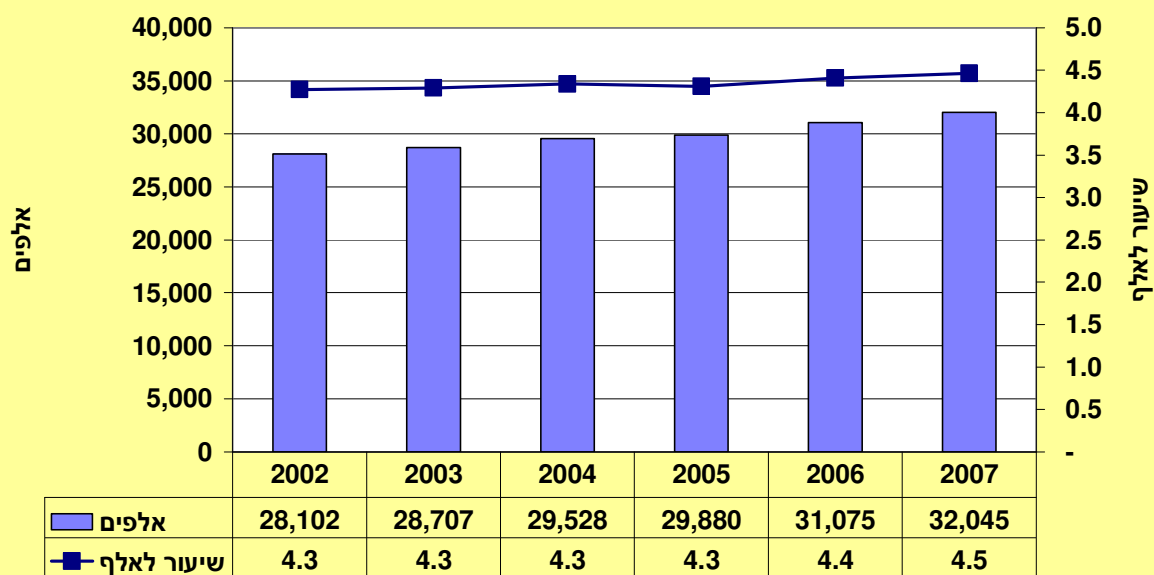
1. אוכלוסיית היעד

32,000 אנשים עם פיגור שכלי⁴ היו רשומים במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות מקומיות בשנת 2007. על פי נתון זה שיעור האנשים עם פיגור שכלי היה 4.5 לכל אלף נפש באוכלוסייה הכללית. בגרף 1 מוצגים נתונים לגבי אנשים עם פיגור שכלי בשנים 2002 - 2007 במספרים מוחלטים (באלפים) יחד עם שיעורם לאלף נפש באוכלוסייה הישראלית.

בחמש השנים האחרונות נרשמה עלייה מתמשכת במספר האנשים עם פיגור שכלי שנרשמו במחלקות לשירותים חברתיים, כאשר מספרם עלה מ- 28,000 בשנת 2002 ל- 32,000 בשנת 2007 (גרף 1). עלייה זו הייתה ברובה תוצאה של גידול האוכלוסייה בישראל, אם כי נרשמה עלייה מסוימת גם בשיעור לאלף תושבים באוכלוסייה הכללית (מ- 4.3 לאלף ל- 4.5 לאלף).

⁴ הרישום הוא במרבית המקרים לאחר האבחון של ועדת אבחון, אולם ייתכנו מקרים של אנשים שלא אובחנו ורשומים כאנשים עם פיגור שכלי.

גרף 1: אנשים עם פיגור שכלי רשומים במשרד הרווחה - מספרים מוחלטים באלפים ושיעורים לאלף באוכלוסייה, 2002-2007



חשוב לציין כי מספר האנשים עם פיגור שכלי באוכלוסייה ישראלית קרוב לודאי גבוה יותר ממספר הרשומים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. הסיבה לכך קשורה לתהליך האבחון והרישום של אנשים עם פיגור שכלי. למרות שהמוגבלות השכלית נוצרת בסמוך ללידה, הגילוי, האבחון והרישום מתרחשים על פני טווח גילים רחב, בתהליך הדרגתי שעשוי להימשך שנים רבות, ובעיקרון ללא הגבלת גיל. כתוצאה מכך רק חלק קטן מהילדים מאובחנים בגילים צעירים, כאשר מספרם עולה עם הגיל. המאובחנים בגיל צעיר הם בעיקר אלה עם פיגור קשה ועמוק. בנוסף, ישנם מאובחנים עם פיגור שכלי אשר אינם נזקקים לשירותי משרד הרווחה והשירותים החברתיים, משום שרמת המוגבלות שלהם היא של פיגור שכלי קל; הם אינם נזקקים לתמיכה כלשהי, או שמשפחותיהם יכולות ומעדיפות לטפל בהם ללא עזרת המשרד.

1.1 מערכת האבחונים וועדת אבחון

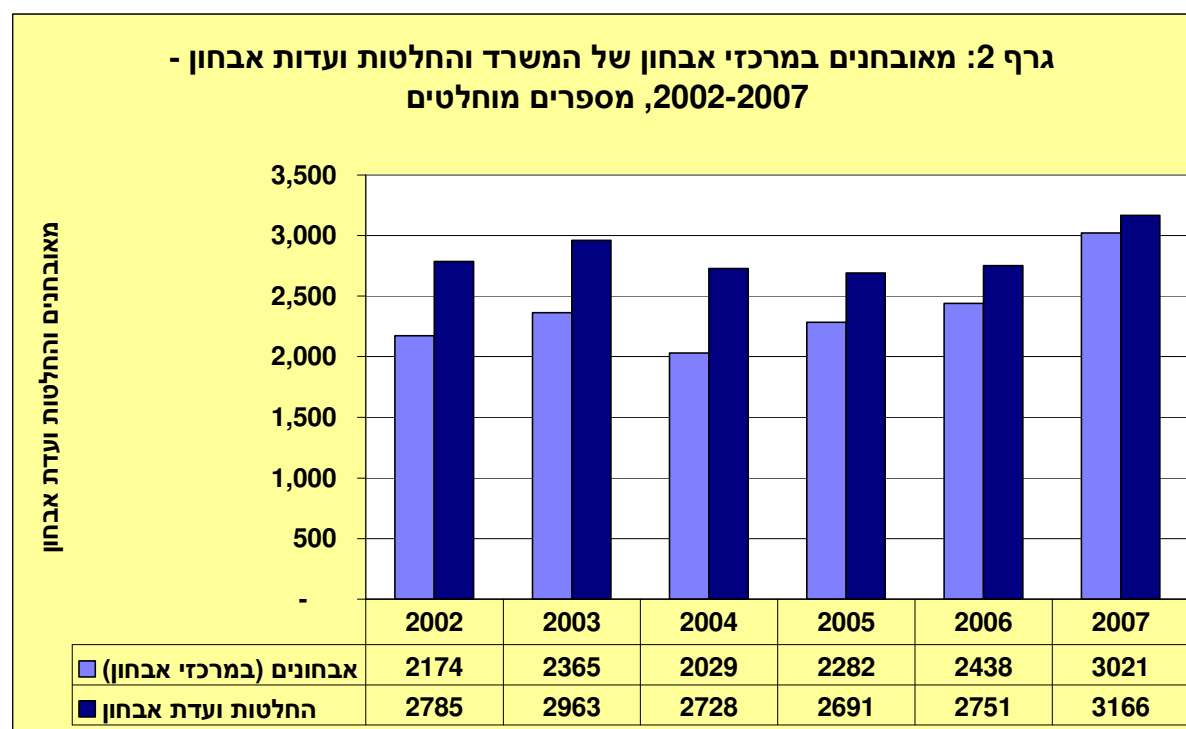
אדם שלגביו מתעורר חשש לקיום של פיגור שכלי זכאי בכל גיל לפנות למחלקה לשירותים חברתיים במקום מגוריו ולבקש שירותים בגין מוגבלות זו. העו"ס במחלקה בודק/ת את חומר הרקע שנאסף ומפנה את האדם למערכת האבחון. מערכת האבחון כוללת 10 מרכזי אבחון בפריסה ארצית, בהם נערכות בדיקות מקצועיות רב-ממדיות, אשר בסיומן מתכנסת במקום ועדת אבחון. ועדת אבחון היא ועדה סטטוטורית, אשר חמשת חבריה מקבלים מינוי משרד הרווחה והשירותים החברתיים בתיאום עם שר הבריאות. לפני הועדה מובא החומר האבחוני המלא ממרכז האבחון, ותפקידה לקבל החלטה לגבי קיום פיגור שכלי⁵, רמתה ודרכי הטיפול. בזמן התכנסות הועדה, חבריה מעיינים בחומר המקצועי ונפגשים עם האדם שלגביו קיים חשד של פיגור שכלי, עם משפחתו ו/או האפוסטרופוס שלו. רק לאחר שהתקבלה החלטה של ועדת האבחון, כי האדם מאובחן כאדם עם פיגור שכלי, הוא זכאי לקבלת השירותים ממשרד הרווחה והשירותים החברתיים.

⁵ לקבוע אם האדם "מפגר" על פי לשון החוק משנת 1969

בגרף 2 מוצגים נתונים על מספר המאובחנים ומספר החלטות ועדת אבחון בשנים 2002 - 2007. הנתונים מראים כי בשנים האחרונות מספר המופנים לאבחון נמצא בעלייה, כאשר בשנת 2007 מספרם הגיע לכדי 3,000 נפש. לפי הערכות של אנשי מקצוע בתחום, בכל שנה 80% מהמופנים למערכת האבחון הם פונים חדשים. ב-20% מהמקרים מדובר באבחון חוזר של אנשים, שאובחנו בעבר כבעלי פיגור שכלי וחזרו לועדת אבחון, בעיקר לצורך קביעת דרכי טיפול מתאימות לאחר שחל שינוי במצבם.

אנשים עם חשד לפיגור שכלי זכאים לבוא לועדת אבחון מחוזית עם ממצאי אבחנות שנעשו ע"י גורמים חיצוניים (לא של משרד הרווחה והשירותים החברתיים), בתנאי שהם מקיפים ומספקים מידע על כל תחומי החיים. לפיכך, מספר הפונים לועדת אבחון הוא גדול יותר, מאשר מספר האנשים שעוברים אבחונים במרכזי האבחון של המשרד.

בכל שנה כרבע מהאנשים שמופנים לועדת אבחון נמצאים לא מתאימים להגדרה של אדם עם פיגור שכלי. מנתוני גרף 2 עולה כי מספר המקרים החדשים שנוספים לאוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי מדי שנה מתקרב ל-1,500.



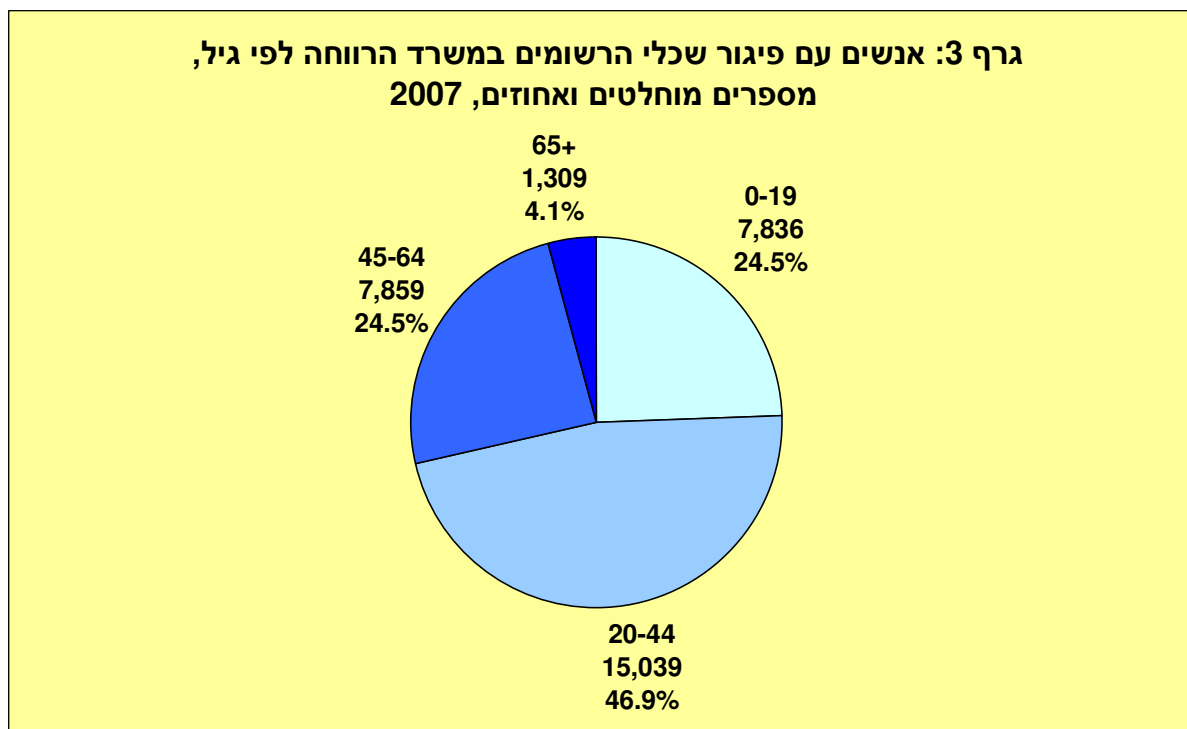
ועדת האבחון קובעת את רמת הפיגור השכלי על פי קריטריונים מקצועיים לפי 6 רמות של פיגור שכלי. הקביעה נעשית, בין השאר, על פי תפקוד אינטלקטואלי והיקף התמיכה הנדרשת, כדי לאפשר הסתגלות מתאימה של אדם עם פיגור שכלי בכל תחומי חייו. שש רמות פיגור שכלי בסדר עולה לפי חומרתן הן: רמה 1 – פיגור קל; רמה 2 – פיגור קל-בינוני; רמה 3 – פיגור בינוני; רמה 4 – פיגור בינוני-נמוך; רמה 5 – פיגור קשה; רמה 6 – פיגור עמוק. רמת הפיגור נקבעת בוועדת האבחון על סמך חומר אבחוני ממרכזי האבחון. רובם המכריע (שלושה רבעים) של האנשים אשר אובחנו כאנשים עם פיגור שכלי הם ברמות מוגבלות פיגור קל עד בינוני נמוך והרבע הנותר הם אנשים עם רמות פיגור קשה ועמוק.

בכל רמת פיגור שכלי אדם יכול להיות ברמות תפקוד שונות. גם רמות התפקוד נקבעות בוועדת אבחון ומתחלקות לשתי קבוצות עיקריות: עם / בלי צרכים מיוחדים. אדם עם צרכים מיוחדים יכול להיות:

מרותק סיעודי רגיל, מרותק סיעודי מורכב, אי שֶקט, אי שֶקט מורכב, הפרעה נפשית, מצבים רפואיים מיוחדים.

1.2. גיל ומגדר

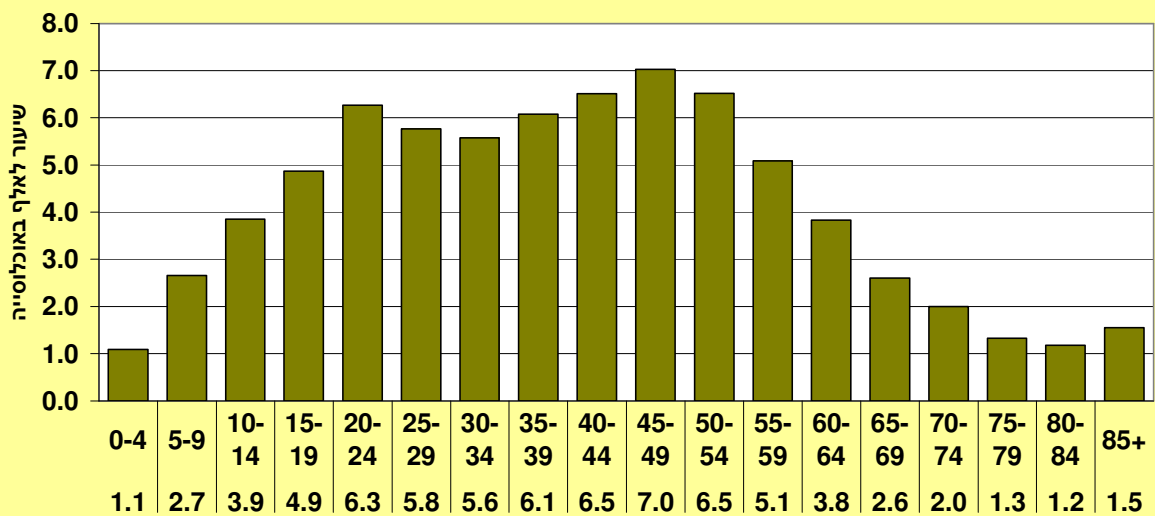
כמחצית (47%) מכלל האוכלוסייה באגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, הם בני 20 - 44 (גרף 3). ילדים וצעירים בני 0 - 19 מונים כרבע מכלל האוכלוסייה בגיל זה. היתר (כ-30%) הם אנשים בגילאי 45 ומעלה (4% מתוכם בני 65 ומעלה).



התבוננות על השיעורים לפי גיל (גרף 4) מאפשרת לבחון את חלקם של אנשים עם פיגור שכלי בקבוצות הגיל השונות של כלל האוכלוסייה. כפי שניתן לראות בגרף 4, השיעורים עולים בצורה חדה עד גיל 20 - 24 לערך (6.3 לאלף) אז מתייצבים עם מגמת עלייה קלה נוספת עד גיל 45 - 49 (7.0 לאלף). אחרי גיל 50 ומעלה ניכרת "צניחה" מהירה עד לפחות מ-2 לאלף אחרי גיל 75 - 79.

העלייה המתמשכת בשיעור האנשים עם פיגור שכלי שמצטרפים עד גיל 21 - נובעת מכך שילדים עם רמת פיגור קל ואפילו קל-בינוני נמצאים במערכת החינוך עד גיל זה. מערכת החינוך מספקת להם שירותים כל עוד הם בתוך המערכת, והם לא בהכרח פונים לבקש שירותים של משרד הרווחה והשירותים החברתיים. כאשר האדם עם פיגור שכלי פורש ממערכת החינוך או מסיים את לימודיו, הצורך שלו ושל משפחתו לשירותים ממשרד הרווחה והשירותים החברתיים הופך להיות חיוני יותר. בשלב זה פונים לאבחון ונרשמים במערכת של משרד הרווחה והשירותים החברתיים. ברור, כי הילדים שמגיעים לאבחון בגילים הצעירים יותר הם בעיקר ילדים עם צרכים אקוטיים, או ברמת פיגור קשה יותר, אשר זקוקים לתמיכה ולשירותים של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - כבר בתחילת חייהם. הירידה בגילים המבוגרים קשורה לכך שתוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי נמוכה באופן משמעותי מזו של יתר האוכלוסייה, בעיקר במקרה של אנשים עם פיגור שכלי קשה ועמוק שסובלים מפגיעות ומחלות נוספות (על רמת תמותה ראו בהמשך).

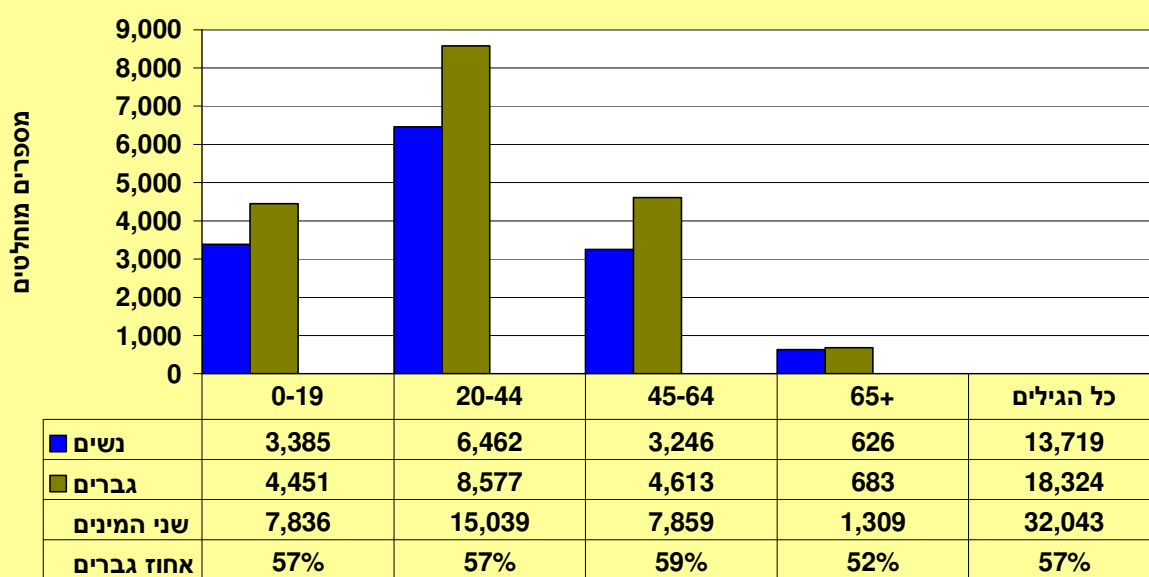
גרף 4: אנשים עם פיגור שכלי הרשומים במשרד הרווחה לפי גיל, שיעורים לאלף, 2007



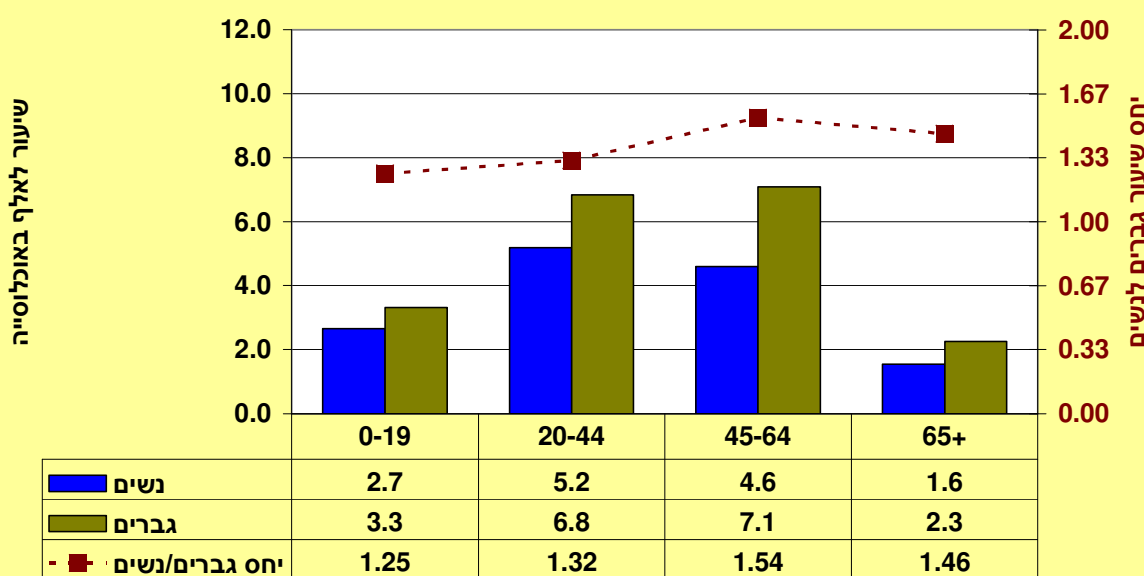
חריגה מהמגמה שצוינה לעיל נמצאה בשיעור האנשים עם פיגור שכלי הרשומים במחלקות לשירותים חברתיים בגיל 20 - 24 שהם גבוהים מהשיעור בגיל 25 - 34. נראה כי זה ביטוי לכך שבשנים האחרונות חלה עלייה מסוימת באחוז האנשים עם פיגור שכלי בגיל 20 - 24, שנרשמו במחלקות לשירותים חברתיים. ככל הנראה עליה זו נובעת בין השאר ממודעות גבוהה יותר של האוכלוסייה ככלל ובשל ריבוי המענים הניתנים ע"י משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

ממצא בולט נוסף הנו כי גברים מהווים רוב ברור בין האנשים עם פיגור שכלי: 57% מכלל האוכלוסייה שמטופלת ע"י האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, כאשר יחס זה נותר דומה בכל הגילים (גרף 5). תופעה זו מוכרת בכל העולם ונראה כי היא קשורה לכך שכרומוזום X של זכרים רגיש יותר לפגיעות גנטיות ואחרות.

גרף 5: אנשים עם פיגור שכלי הרשומים במשרד הרווחה לפי גיל ומגדר, מספרים מוחלטים ואחוז גברים, 2007



גרף 6: אנשים עם פיגור שכלי הרשומים במשרד הרווחה לפי גיל ומגדר, שיעור לאלף יחס מינים, 2007

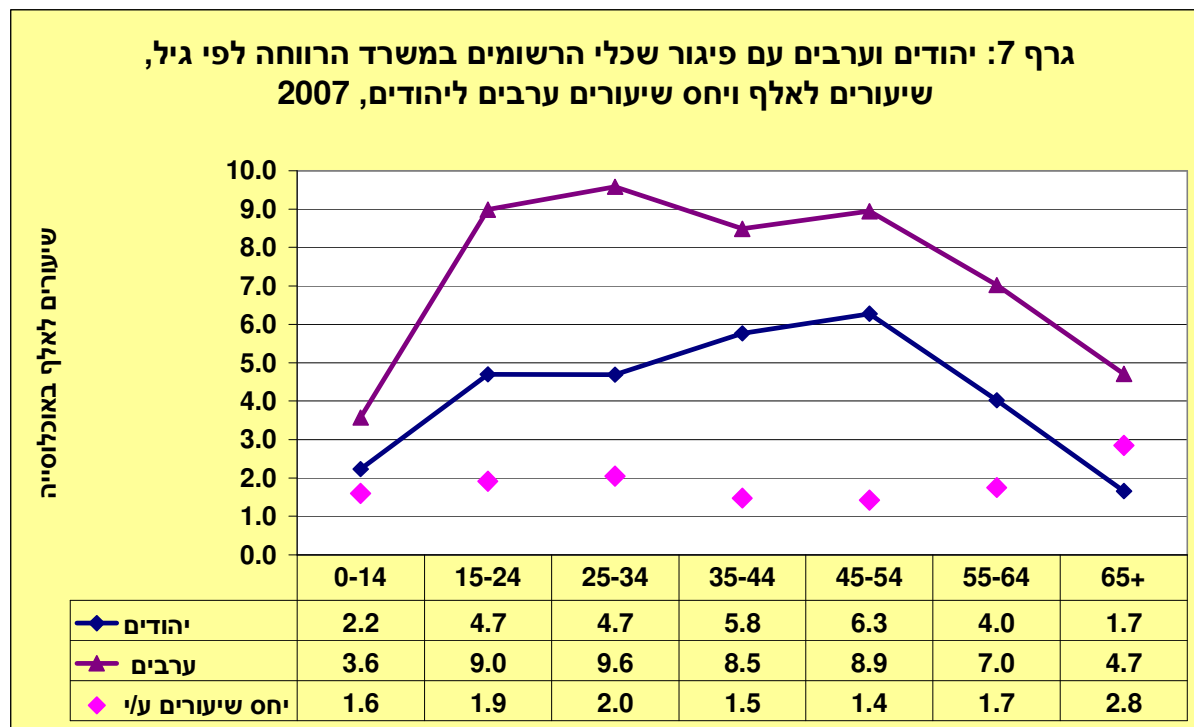


הפערים לפי מגדר נעשים בולטים במיוחד, כאשר בוחנים את שיעור האנשים עם פיגור שכלי לפי קבוצות גיל (גרף 6). שיעור הגברים עם פיגור שכלי גבוה בעשרות אחוזים מזה של הנשים, כאשר הפער הבין-מגדרי עולה עם הגיל ובגילאים 45 - 64 שיעור הגברים גבוה ב- 50% מזה של הנשים. לאחר גיל 65 ניכרת ירידה קלה בפער הבין-מגדרי שמסתכם ב-46%.

1.3. יהודים וערבים

שיעור האנשים עם פיגור שכלי, הרשומים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, גבוה באופן משמעותי באוכלוסייה הערבית. השיעור המתוקנן לפי גיל עומד על 6.6 לאלף באוכלוסייה הערבית בהשוואה ל-4.0 לאלף באוכלוסייה היהודית (השיעורים מתוקננים לפי מבנה הגילים של האוכלוסייה היהודית, בתקנון עקיף, במטרה לנטרל את ההשפעה של הבדלים במבנה הגילים של שתי הקבוצות). נתוני גרף 7 ממחישים כי מצב זה נכון בכל קבוצות הגיל. אכן בכל קבוצות הגיל השיעור באוכלוסייה הערבית גבוה בעשרות אחוזים מזה של האוכלוסייה היהודית, כאשר בגילאי זיקנה השיעור באוכלוסייה הערבית כמעט פי 3 מזה שבאוכלוסייה היהודית.

ממצא זה תואם ממצאים דומים בארצות אחרות בהן דונוח, כי מיעוטים אתניים וקבוצות חלשות יותר מבחינה חברתית-כלכלית מראים שיעורי פיגור שכלי גבוהים יותר משאר האוכלוסייה⁶. גורמים אפשריים נוספים קשורים לכך ששיעור נישואי קרובים באוכלוסייה הערבית עדיין גבוה ובדיקות הסקר למניעת הולדת תינוקות עם מומים - נהוגות פחות. גם כאשר נמצא שהולד סובל ממום, נשים ערביות יעדיפו פחות לבצע הפסקת הריון.



1.4. יהודים לפי מוצא אתני ודור בישראל

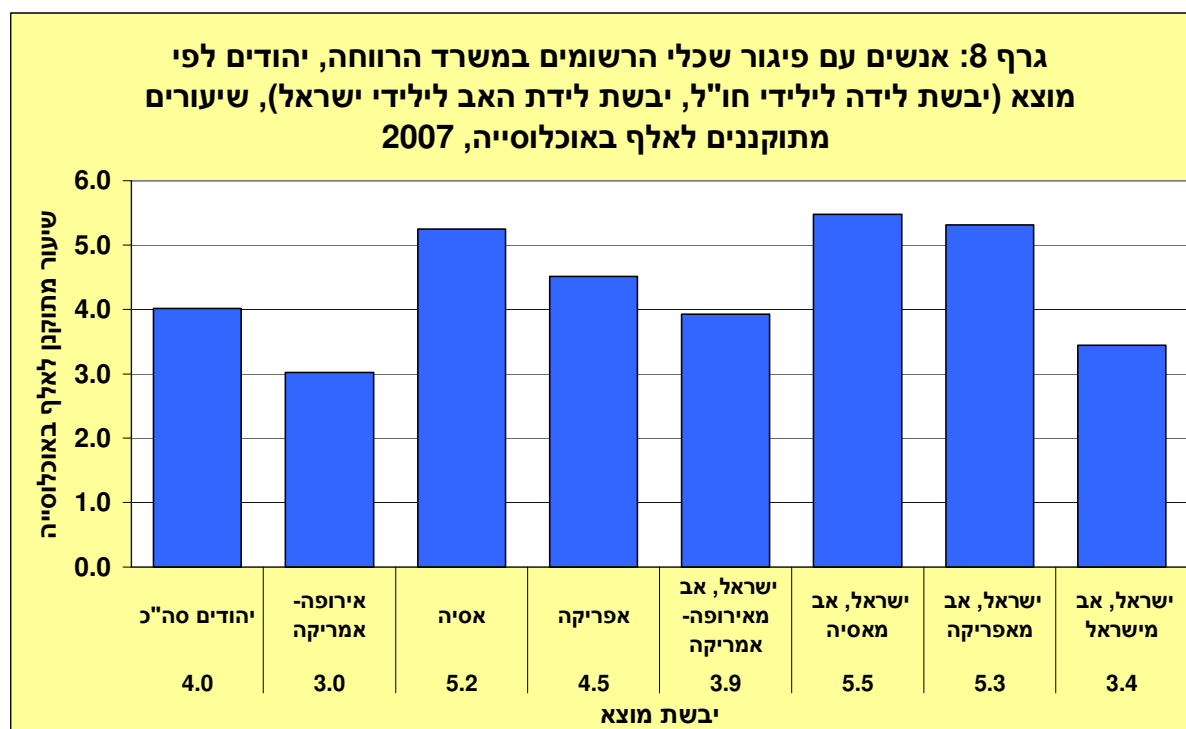
בבדיקה של שיעור האנשים עם פיגור שכלי הרשומים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים לפי יבשות מוצא, נמצא כי ליוצאי ארצות אסיה ואפריקה שיעורים גבוהים משמעותית מהשיעור בקרב יוצאי אירופה ואמריקה.

בגרף 8 מוצג השיעור הנ"ל לפי יבשות מוצא של אדם עם פיגור שכלי ולפי דור בישראל (ילידי ישראל וילידי חו"ל). השיעורים מתוקננים לפי מבנה הגילים של כלל האוכלוסייה היהודית, בתקנון עקיף, במטרה

⁶ "Understanding Health Disparities and Inequities Faced by Individuals with Intellectual Disabilities", H. Ouellette-Kuntz, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2005, 18, pp. 113-121

לנטרל את ההשפעה של הבדלים במבנה הגילים של קבוצות המוצא השונות. השיעורים חושבו עבור כלל האוכלוסייה היהודית⁷ וכן לפי שלוש יבשות לידה: אסיה, אפריקה, אירופה ואמריקה (כקבוצה אחת). ילידי ישראל חולקו לפי יבשת לידת האב ובנוסף - נכללה קבוצה של ילידי ישראל, אשר גם אביהם נולדו בישראל.

הנתונים מצביעים על פער ברור לפי יבשות מוצא גם בקרב ילידי חו"ל וגם בקרב ילידי ישראל. נראה כי יוצאי אסיה הם בעלי השיעור הגבוה ביותר גם בין ילידי חו"ל (5.2) וגם בין ילידי ישראל (5.5), כאשר אחריהם באים יוצאי יבשת אפריקה (4.5 ו- 5.3 בהתאמה לילידי חו"ל וישראל) ואילו ליוצאי יבשות אירופה ואמריקה השיעורים הנמוכים ביותר (3.0 ו- 3.9 בהתאמה), יחד עם ילידי ישראל אשר גם אביהם נולדו בישראל (3.4). נראה כי גם לילידי חו"ל בכל קבוצות המוצא שיעורים מעט נמוכים מאשר בקרב ילידי ישראל.



יש להדגיש כי הפערים הם לא מבוטלים: מדובר בפערים של 50% ויותר בין ילידי אסיה ואפריקה לעומת ילידי אירופה ואמריקה ושל יותר מ-30% בין ילידי ישראל כאשר האב ממוצא אסיה ואפריקה - לעומת ילידי ישראל כאשר האב ממוצא אירופה ואמריקה.

הממצאים לעיל נמצאים תואמים ממצאים דומים מארצות אחרות המצביעים על פערים בין קבוצות אתניות שונות וקשורים למצבן החברתי הכלכלי בתוך החברה. בנוגע לשיעורים גבוהים יותר בדור השני (של ילידי ישראל) שנרשמו בכל קבוצות המוצא, ייתכן שעלייה זו קשורה למודעות גבוהה יותר בקרב ילידי ישראל לאבחון וטיפול בתופעה של פיגור שכלי.

⁷ מסיבות טכניות לא נכללו עולים, אשר לא רשומים כיהודים במרשם האוכלוסין, מרביתם רשומים כבלתי מסווגים לפי דת.

1.5. תוחלת חיים של אנשים עם פיגור שכלי

בכל העולם מדווח כי תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי נמוכה מזו של כלל האוכלוסייה, כאשר שיעורי התמותה הם גבוהים יותר ככל שרמת הפיגור השכלי קשה יותר. הממצאים להלן מצביעים על מצב דומה בקרב אוכלוסייה עם פיגור שכלי בישראל.⁸

בניתוח של שיעורי התמותה של אנשים עם פיגור שכלי בשנים 2006 - 2008 נמצא כי - תוחלת החיים של כלל האנשים עם פיגור שכלי הרשומים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים ומתגוררים עם בני משפחתם נעה סביב 65 - 70 שנה ותוחלת החיים של המתגוררים במעונות פנימייה נעה סביב 50 - 55 שנה. ההבדל בין שתי הקבוצות מוסבר על רקע העובדה שבמסגרת מעונות פנימייה חיים אנשים עם רמות פיגור שכלי קשה ועמוק הנלוות בפגיעות ומחלות נוספות, לעומת האנשים שחיים בביתם או במסגרות בקהילה. בהתחשב בנתון המורה כי תוחלת החיים של כלל האוכלוסייה בישראל היום הִנָּה 80 שנה (בממוצע לשני המינים) ניתן לסכם ששיעורי התמותה של אנשים עם פיגור שכלי בכל הגילים גבוהים יותר מאלה של יתרת האוכלוסייה ונעשים יותר דומים להם ככל שרמת הפיגור השכלי קלה יותר.

ממצא נוסף מלמד כי הפער בשיעורי התמותה בין אנשים עם ובלי פיגור שכלי יורד עם העלייה בגיל, עד אשר בגילים 65 ומעלה ההבדלים כמעט נעלמים. ככל הנראה, מדובר גם כאן בתהליך בו אנשים עם פיגור שכלי וללא מוגבלות נוספת או מחלות מיוחדות - חיים עד גילים מבוגרים ומתקרבים בכך לאוכלוסייה הכללית (על ממצא זה דווח גם בארצות אחרות – ראו הערה 3 לעיל).

1.6. פיזור גיאוגרפי

בלוח 1 מוצגת ההתפלגות הגיאוגרפית לפי מחוזות על פני השנים 2002 - 2007 ובגרף 9 מוצגים השיעורים לאלף באוכלוסיית המחוזות.⁹

לוח 1: אנשים עם פיגור שכלי הרשומים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים

לפי מחוז, 2007-2002

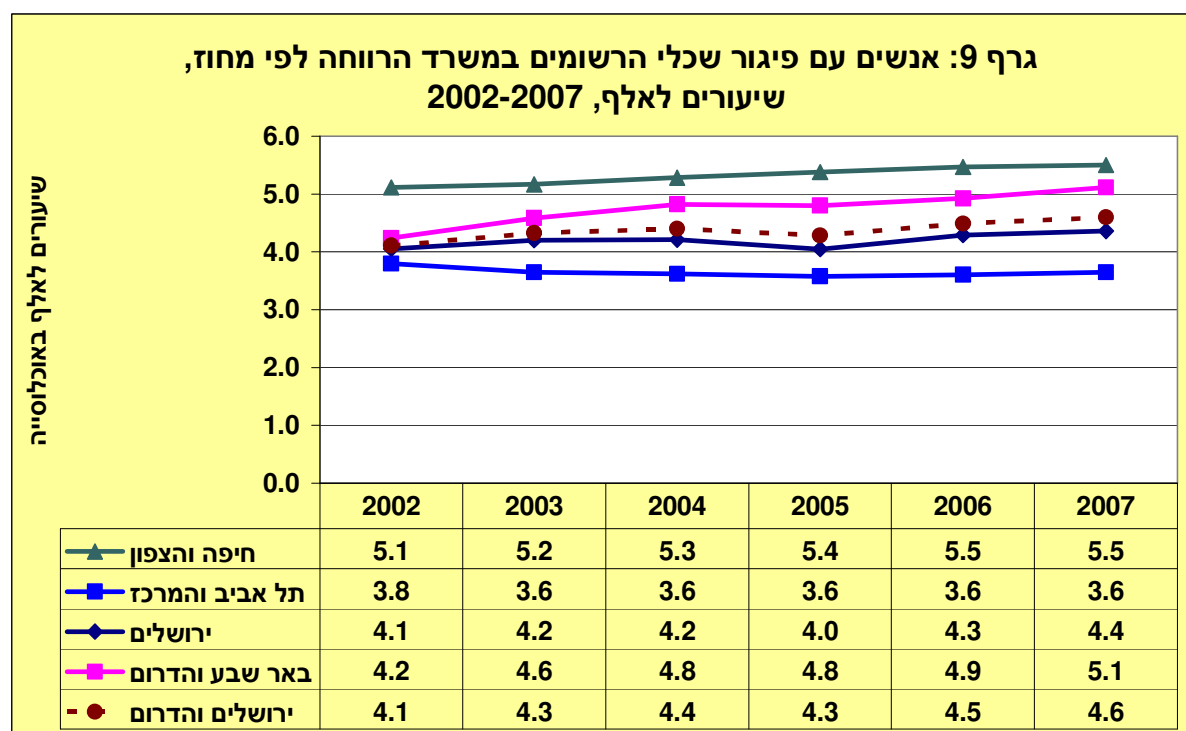
2007	2006	2005	2004	2003	2002	
32,045	31,075	29,880	29,528	28,707	28,102	כל האוכלוסייה
6,321	6,058	5,566	5,669	5,508	5,167	ירושלים
11,456	11,237	10,924	10,612	10,241	9,975	חיפה והצפון
10,908	10,584	10,317	10,248	10,162	10,435	תל אביב והמרכז
3,360	3,196	3,073	2,999	2,796	2,525	באר שבע והדרום

מהנתונים נראה כי הריכוז הגדול ביותר של אנשים עם פיגור שכלי, הרשומים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, נמצא במחוז חיפה והצפון בו שיעורם באוכלוסייה בשנת 2007 מגיע ל-5.5 לכל אלף נפשות, שיעור, אשר עלה קלות במהלך השנים, כאשר בשנת 2002 היה רק 5.1 לאלף. ההסבר לשיעור הגבוה קשור

⁸ יש לזכור כי כפי שהוסבר לעיל האבחון והרישום של אנשים עם פיגור שכלי הוא חלקי, בפרט בגילים היותר צעירים. כתוצאה מכך חישוב של שיעורי תמותה של אנשים עם פיגור שכלי מושפע מכך וניתן לאמוד רק באופן מקורב את שיעורי התמותה ובעקבותיהם את תוחלת החיים של כלל האנשים עם פיגור שכלי.

⁹ מחוז באר שבע והדרום ומחוז ירושלים עברו שינויים בגבולותיהם במהלך השנים הנסקרות כאשר חלק מיישובי מחוז ירושלים הועברו למחוז באר-שבע והדרום. כדי לאפשר השוואה על פני השנים בגרף 6 מוצג גם השיעור לשני המחוזות בצורה מאוחדת תחת השם ירושלים והדרום.

אולי לכך שבאזור הצפון מרוכז אחוז ניכר של האוכלוסייה הערבית, בה שיעור האנשים עם פיגור שכלי יותר גבוה מאשר בקרב האוכלוסייה היהודית (ראה לעיל). העלייה במספר מקבלי השירות של מחוז חיפה והצפון בשנים האחרונות קשורה גם לעלייה במודעות האוכלוסייה הערבית לשירותים שמספקת המדינה ופתיחות רבה יותר להשתמש בהם. לעומת האמור, השינויים הקלים במחוזות באר שבע והדרום וירושלים בהתאמה, קשורות בשינוי גבולות המחוזות. השיעור של אנשים עם פיגור שכלי, כאשר מאחדים את שני המחוזות (שורה אחרונה בגרף 9) מראה יציבות יחסית של היקף האוכלוסייה הזו באזורים אלו עם עלייה קלה בשנים האחרונות. במחוז תל אביב כמעט לא נרשם כל שינוי.



1.7. אנשים עם פיגור שכלי לפי מסגרות מגורים

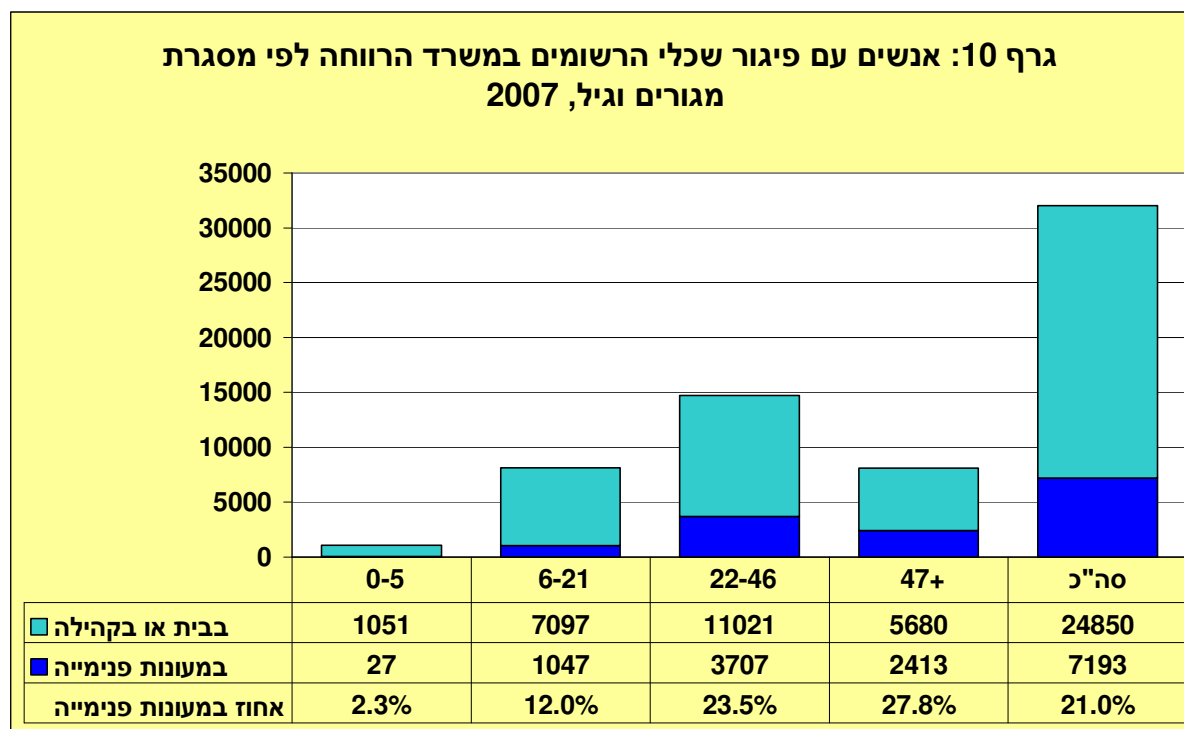
מרבית האנשים עם פיגור שכלי (69.2%) מתגוררים בביתם עם בני משפחתם והיְתֵר גרים במסגרות שונות מחוץ לביתם: קצת יותר מחמישית (22.4%) הם דיירים במעונות פנימייה והאחרים (8.3%) גרים במסגרות שונות בתוך הקהילה (לוח 2). בשנים האחרונות מושקע מאמץ להפנות יותר אנשים לדיור בקהילה, דבר שבא לידי ביטוי גם בנתונים: אם בשנת 2001 רק מעט יותר מ-2,000 אנשים עם פיגור שכלי גרו במסגרות דיור בקהילה, הרי שבשנת 2007 מספרם עלה בשליש (לקרוב ל-2,700), שהם 8.3% מכלל האנשים עם פיגור שכלי (7.2% בשנת 2001).

לוח 2: אנשים עם פיגור שכלי הרשומים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים

לפי מסגרת מגורים, בין השנים 2002 - 2007

2007	2006	2005	2004	2003	2002	
						מספרים מוחלטים
32,045	31,075	29,880	29,528	28,707	28,102	סך כל
22,185	21,498	20,514	20,328	19,884	19,428	גרים בביתם
2,667	2,524	2,396	2,311	2,097	2,011	דיור בקהילה
7,193	7,053	6,970	6,889	6,726	6,663	מעונות פנימייה
						אחוזים
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	סך כל
69.2%	69.2%	68.7%	68.8%	69.3%	69.1%	גרים בביתם
8.3%	8.1%	8.0%	7.8%	7.3%	7.2%	דיור בקהילה
22.4%	22.7%	23.3%	23.3%	23.4%	23.7%	מעונות פנימייה

קיים קשר בין מסגרת המגורים לגיל. ילדים וצעירים עם פיגור שכלי נוטים להתגורר ברובם בביתם וחלקם של דיירי המעונות עולה עם הגיל (גרף 10¹⁰): חלקם של דיירי המעונות הוא אפסי מתחת לגיל 6 ועולה עם הגיל עד אשר בקרב גילאי 47 ומעלה מגיע לכמעט 28% מהאנשים עם פיגור שכלי בגיל זה.

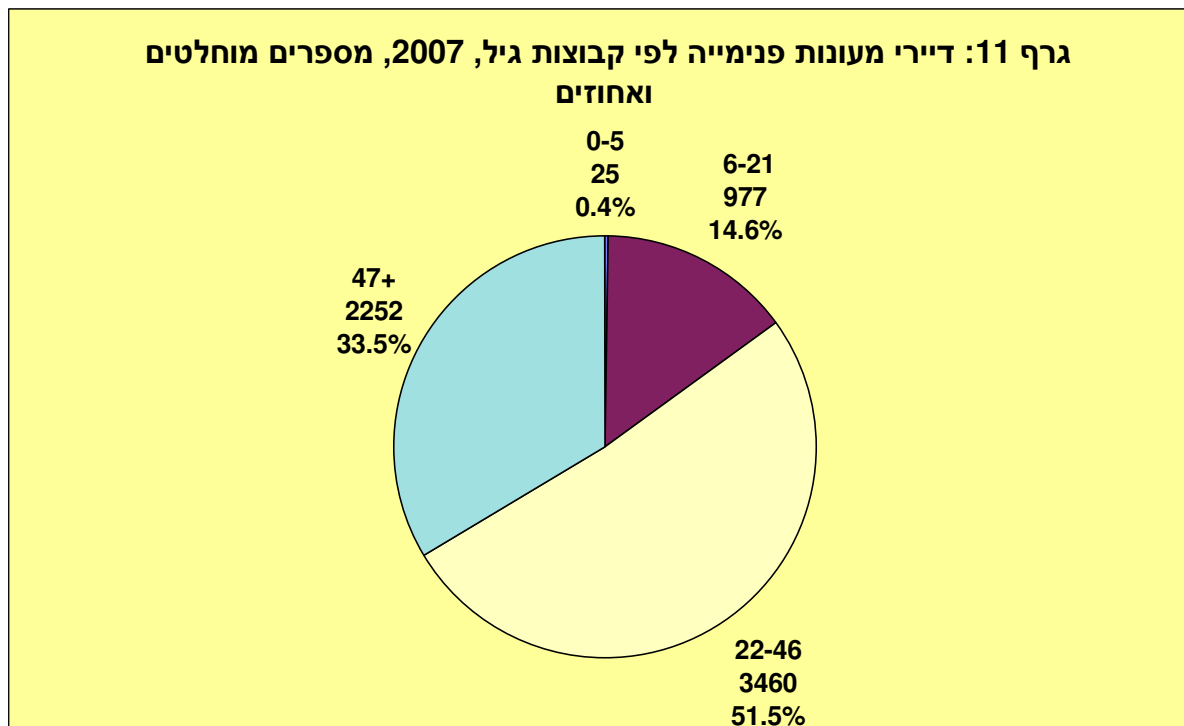


אנשים עם פיגור שכלי שגרים מחוץ לביתם הם ברוב המקרים אנשים עם רמת פיגור¹¹ קשה ועמוק, או שהיכולת של משפחתם לתמוך בהם ירודה ולכן, גם אם הם מתפקדים ברמה גבוהה יותר, אינם יכולים לחיות עם בני משפחתם. יכולת התפקוד של אדם עם פיגור שכלי בתחומי החיים השונים ורמת התמיכה והמוגנות שהוא זקוק להן, משפיעות על ההחלטה אם הוא יופנה לדיור בקהילה או במעונות פנימייה.

¹⁰ האומדנים של דיירי מעונות פנימייה לפי קבוצות גיל מבוססים על 93% מהדיירים במעונות פנימייה, אשר השתתפו בסקר שנערך על ידי האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי בשנת 2007.

¹¹ בנוגע לחלוקה לפי רמות פיגור - ראה סעיף 1.1 לעיל.

כתוצאה מכך, הרכב הגילים של המתגוררים במעונות פנימייה (גרף 11¹²) מראה ריכוז בגילים הבוגרים (גילאי 22 ומעלה), כאשר יותר ממחציתם הם מבוגרים צעירים בגילאי 22 - 46 והשליש הנותר כולל אנשים בגיל 47 ומעלה. רק 15% הם בגילים צעירים (מתחת לגיל 22) וחלקם של הילדים עד גיל 5 הוא פחות ממחצית האחוז.

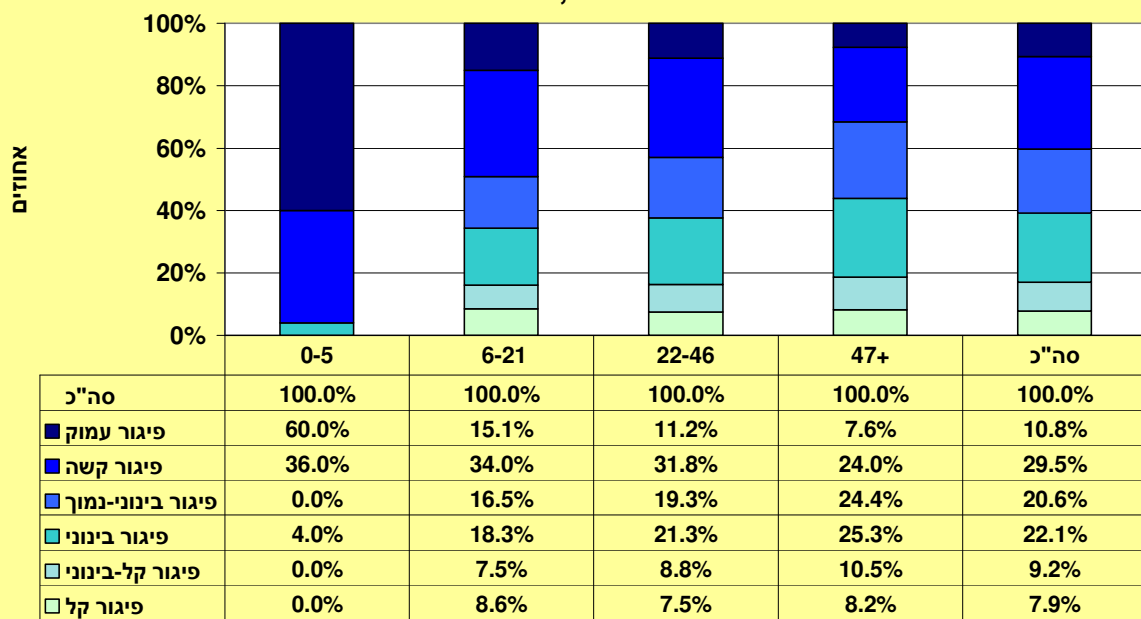


במעונות פנימייה מתגוררים בעיקר אנשים בעלי רמות פיגור בינוני נמוך, קשה ועמוק וכן אלה אשר רמת התפקוד שלהם איננה מאפשרת דיור במסגרות אחרות, כמו אנשים עם מגבלות פיזיות קשות, בעיות רפואיות המצריכות השגחה רפואית אינטנסיבית או הפרעות התנהגות קשות. אכן אנשים עם פיגור קל או קל-בינוני מהווים רק 17% מבין דיירי מעונות פנימייה (8% עם פיגור קל, 9% עם פיגור קל-בינוני) בזמן שמעט יותר מ-60% מהאנשים שמתגוררים במעונות פנימייה מרוכזים בשלוש רמות הפיגור הקשות יותר - פיגור בינוני-נמוך (11%), פיגור קשה (30%) ופיגור עמוק (21%). אנשים בשלוש רמות הפיגור היותר קלות (פיגור קל, בינוני - קל ובינוני) גרים במעונות פנימייה אך ורק אם יש להם צרכים מיוחדים כמו מצב סיעודי, אי שקט או הפרעה נפשית.

נתוני גרף 12 ממחישים כי במעונות פנימייה קיים קשר בין גיל ורמת הפיגור. מיעוט הילדים הקטנים שמתגוררים במעונות מרוכזים, ברובם המכריע, בשתי הרמות היותר חמורות. קשר זה בין גיל ורמת פיגור מתגלה גם בגילים היותר מבוגרים: בשתי הרמות החמורות של פיגור (פיגור קשה ופיגור עמוק) מרוכזים 49% מדיירי המעונות בגיל 6 - 21, 43% מאלה בגיל 22 - 46 ורק 32% מהדיירים בני 47 ומעלה.

¹² הנתונים בגרפים 11 ו-12 ובלוח 3 מבוססים על 93% מדיירי הפנימייה (6,714 נפשות) שהשתתפו בסקר שנערך על ידי האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, בשנת 2007.

גרף 12: אנשים עם פיגור שכלי במעונות פנימייה לפי רמת פיגור וגיל, אחוזים, 2007



כאשר בוחנים את רמות התפקוד¹³ של דיירי המעונות מתקבלת תמונה מורכבת. בלוח 3 מוצגים נתונים על הצרכים המיוחדים של אנשים עם מוגבלות שכלית המתגוררים במעונות פנימייה (יש לשים לב כי אותו דייר עשוי להיות מסווג לפי יותר מצורך אחד).

לוח 3: אנשים עם פיגור שכלי במעונות פרטיים וציבוריים לפי צרכיהם המיוחדים וגיל - אחוזים, 2007¹⁴

סה"כ	+47	46 - 22	21- 6	5- 0	
17.5%	21.2%	15.2%	17.6%	4.0%	ללא צרכים מיוחדים
19.7%	18.7%	18.4%	25.2%	68.0%	מרותק סיעודי (רגיל)
3.6%	2.5%	2.6%	9.1%	40.0%	מרותק סיעודי (מורכב)
27.8%	24.3%	30.5%	26.9%	4.0%	אי שקט
18.6%	8.6%	23.4%	25.6%	0.0%	אי שקט מורכב
24.1%	25.5%	27.3%	10.2%	0.0%	הפרעה נפשית
35.4%	39.8%	33.2%	33.1%	36.0%	מצבים רפואיים מיוחדים

נתוני הלוח מראים כי הדיירים המתגוררים במעונות סובלים מבעיות תפקוד שונות ומגוונות, כאשר רק חלק קטן (18%) הם אנשים ללא צרכים מיוחדים. חלקם זקוקים לטיפול סיעודי רגיל או מורכב, חלקם סובלים מאי שקט ואצל חלקם - מעבר למוגבלות השכלית - מתווסף מצב של חולי נפשי, כאשר יותר משליש מהדיירים סובלים ממצבים רפואיים מיוחדים. לא נמצא דפוס המבדיל באופן חד בין סוגי בעיות התפקוד לפי גיל. אם כי נראה כי ילדים עד גיל 21 זקוקים יותר מאחרים לטיפול סיעודי וסובלים יותר ממצבים רפואיים מיוחדים, דבר שאינו מפתיע לאור העובדה כי רק ילדים עם בעיות תפקוד קשות נמצאים במסגרת של מעונות פנימייה.

¹³ בנוגע לחלוקה לפי רמות תפקוד ראה גם סעיף 1.2 לעיל

¹⁴ דיירים יכולים להיות מסווגים ביותר מקטגוריה אחת ולכן האחוזים בקבוצות הגיל מסתכמים ביותר מ-100%.

בנוגע לדיירים שמתגוררים במסגרות דיור בקהילה, רובם (82%) הם דיירים עם פיגור בינוני וקל הזקוקים לתמיכה מוגבלת במרבית תחומי החיים והמסוגלים ללמוד דרך אֶמון חוזר מיומנויות בסיסיות. מיעוטם (15%) הם דיירים טיפוליים וחלק מאוד קטן הם סיעודיים (4%).

2. תשומות

2.1. תקציב

סך כל התקציב של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי הסתכם בשנת 2007 ביותר ממיליארד ומאה מיליון שקלים חדשים. כמחצית מתקציב האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי מוקצב לדיור החוץ ביתי (מעונות פנימייה ודיור בקהילה) ורבע נוסף למעונות פנימייה ממשלתיים. יתרת התקציב מיועד לפיתוח ותחזוקה של השירותים שניתנים בקהילה ומיועדים בעיקר לאנשים עם מוגבלות שכלית, שמתגוררים בביתם או בקהילה. חלקים קטנים יותר מהתקציב מממנים את פעולות האבחון וקצבאות נכות.

לוח 4: תקציב האגף לפי שנים ולפי תחומי העבודה העיקריים (במיליוני ₪)

תחום	2005	2006	2007
אבחון	10.0	9.6	9.8
שירותים בקהילה	105.9	110.6	123.5
דיור חוץ ביתי: מעונות פנימייה ודיור בקהילה	500.3	664.7	694.1
מעונות ממשלתיים	260.0	253.1	252.0
קצבת נכות	44.7	52.0	53.9
סה"כ	1,019.9	1,089.9	1,133.3

2.2. כוח אדם

באגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי הועסקו 1,215 עובדים בשנת 2007. מרביתם הועסקו ב-9 מעונות הפנימייה הממשלתיים (1,178 עובדים) כאשר רק 37 היו עובדים במטה, מהם 7 מפקחים על מעונות פנימייה ו-10 מפקחים על שירותים בקהילה, כולל פיקוח על מחלקות לשירותים חברתיים, 3 מפקחים ארציים בתחומי האבחון ותכניות הקידום. במהלך השנה הוכשרו 170 פקידי סעד לחוק לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית ברשויות המקומיות.

3. תפוקות: שירותים ופעילות האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי

האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי מספק רצף שירותים בכל תחומי החיים, אשר מיועדים למי שאובחנו כאנשים עם פיגור שכלי ולבני משפחותיהם. זאת תוך כדי עידוד פיתוח עצמאות, בחירה אישית ומיצוי הפוטנציאל האישי של האדם עם פיגור שכלי. עקרונות מנחים במדיניות השירות הן ראיית האדם עם פיגור שכלי ומשפחתו במרכז, תוך פיתוח שירותים ותוכניות בקרבת אזור מגוריו בסביבתו הטבעית, ברצף ובמגוון כאלה אשר יכסו את כל רמות התפקוד לכל אורך שלבי החיים.

השירותים כוללים:

- שירות האבחון, ועדות אבחון ופיתוח תכניות קידום

- שירותים יומיים למי שגרים עם בני משפחותיהם (פתוחים גם למתגוררים במסגרות אחרות)
- מסגרות לדיור בקהילה, כולל דיור בקרב משפחות אומנה (לילדים)
- מסגרות דיור במעונות פנימייה

3.1. שירות האבחון וועדות האבחון

המחלקה לאבחון ולקידום נותנת שירות לאנשים עם פיגור שכלי בכל מסגרות האגף וכן לכל אדם בכל גיל, שלגביו מתעוררת שאלה לגבי קיומו של פיגור שכלי. תהליך האבחון כולל שלושה שלבים (אשר תוארו בסעיף 1.2 לעיל).

1. השלב הראשון מתבצע במחלקה לשירותים חברתיים. אנשים עם חשד לפיגור שכלי פונים לעובדת סוציאלית במחלקת לשירותים חברתיים במקום מגוריהם ומשם מופנים למערכת האבחון.
2. השלב השני נערך במערכת האבחון. מערכת האבחון כוללת 10 מרכזי אבחון בפריסה ארצית בהם נערכות בדיקות רב-ממדיות, שכוללות התייחסות לכל הממדים המרכיבים את הגדרת הפיגור ונדרשות לצורך קביעת סטאטוס של אדם בעל פרופיל של פיגור שכלי. הבדיקות נערכות ע"י צוות רב-מקצועי שכולל עובד סוציאלי, פסיכולוג, רופא ובמידת הצורך גם פסיכיאטר. בסיום האבחון נכתב דו"ח המפרט את מכלול ממצאי הבדיקות, הכוחות והקשיים של כל פרט והוא מועבר לוועדת האבחון. בשנת 2007 אובחנו במרכזי האבחון 3,021 אנשים.
3. השלב השלישי מתקיים בוועדת האבחון. הוועדה קובעת סופית: האם מדובר באדם עם פיגור שכלי? מה הן רמת הפיגור ורמת התפקוד של אותו אדם? מה דרכי הטיפול? בשנת 2007 ועדות אבחון טיפלו ב- 3,166 אנשים.

3.2. שירותים יומיים לגרים עם משפחותיהם

קיים רצף שירותים מגוונים לכל הגילאים ולכל רמות התפקוד לאורך כל שלבי החיים. זאת במטרה לסייע למשפחות לגדל את ילדיהם עם פיגור שכלי בסביבתם הטבעית. השירותים ניתנים ככל האפשר בקרבת אזור מגוריהם ובסביבתם. גורם מרכזי בפיתוח התוכניות והשירותים הנו עקרון אחריות הרשות המקומית לשירותים בקהילה ושיתוף המשפחה והמטופל. רצף השירותים כוללים מעונות שיקומיים, מעונות יום-ארוך, תעסוקה מוגנת ונתמכת לבוגרים וכן שירותי פנאי כגון נופשונים, קייטנות קיץ ומועדונים חברתיים. שירותים אלה עומדים גם לרשותם של אנשים עם פיגור שכלי, אשר אינם גרים במסגרת ההוסטלים או דירות המגורים.

3.2.1. ייעוץ תמיכה וליזוי למשפחות המטפלות באדם עם פיגור שכלי שגר בביתו

הסיוע ניתן על ידי העובדים הסוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. הסיוע ניתן באופן פרטני, קבוצתי וקהילתי, כאשר 170 עובדים סוציאליים ברשויות המקומיות ברחבי הארץ הוכשרו לתפקיד של פקיד סעד להגנה על אנשים עם פיגור שכלי.

3.2.2. מעונות יום לפעוטות וילדים

קיימים סוגים שונים של מעונות יום בהתאם לגיל ורמת התפקוד של האדם עם פיגור שכלי: ילדים ופעוטות ברמת תפקוד גבוהה, משולבים במעונות יום רגילים; ילדים הנזקקים לטיפול שיקומי בגיל 1 - 3

משולבים במעונות שיקומיים; ילדים בגיל 3 - 21 עם רמת פיגור שכלי קל ובינוני, ללא בעיות מיוחדות אחרות, משולבים בבתי ספר ובמרכזי יום אמוניים; ילדים בגיל 3 - 21 ברמת תפקוד טיפולית וסיעודית, או תלמידים עם בעיות התנהגות קשות, משולבים במסגרות יום ארוך (עד 18:00). מסגרות אלה מיועדות, בין היתר, לאפשר להוריהם המשך טיפול בילדים בביתם.

3.2.3. תעסוקה ומעונות יום לבני 21 ומעלה

אפשרויות התעסוקה לאדם עם מוגבלות שכלית כוללות תעסוקה מוגנת במפעלי עבודה שיקומיים ותעסוקה נתמכת בשוק הפתוח. עבור בוגרים שאינם יכולים להשתלב בתעסוקה, קיימים מרכזים טיפוליים שמעסיקים אותם בפעילויות מגוונות במהלך היום. תעסוקה מוגנת לאנשים עם פיגור שכלי בגילאי 21+, אשר אינם יכולים להשתלב בעבודה בשוק החופשי, מסופקת עבודה במסגרת מפעל עבודה שיקומי (מע"ש). מע"שים מופעלים ע"י גופים שונים: רשויות מקומיות (34), עמותות ציבוריות (28) וחברות פרטיות (3). מע"שים מפוזרים ברחבי המדינה. תעסוקה נתמכת מיועדת לאנשים עם פיגור שכלי המסוגלים להשתלב בשוק העבודה הפתוח, כאשר מע"שים מכינים ומלווים את החניכים במקומות העבודה. מרכזים טיפוליים לבני 21 ומעלה מיועדים לאנשים שאינם יכולים להשתלב במע"ש בגין רמת תפקודם הנמוכה. החניכים משתתפים בתוכניות טיפול המאפשרות קידום ואיכות חיים ומקלות על המשפחה בטיפול בהם במשך היום.

3.2.4. נופשונים, מועדונים חברתיים וקייטנות קיץ

הנופשון נועד לאפשר לכל אדם עם פיגור שכלי מענה קצר-מועד במצבי משבר במשפחה או בעת חופשה משפחתית מתוכננת. ניתן לנצל את ימי הנופשון כימים בודדים במהלך השנה או באופן מרוכז. בעיקרון ניתנת עדיפות לשימוש במתקנים ובשירותי פנאי אוניברסליים (כגון מתנ"סים ומרכזי בידור אחרים), אולם בנוסף הוקמו גם מסגרות אשר נותנות מענה לצרכים הייחודיים של אוכלוסייה הנזקקת לכך. במסגרת זו קיימים מועדונים חברתיים, שיעודם לתת מענה לבילוי חברתי לאנשים בוגרים לאחר סיום תכנית היום. מועדונים אלה משמשים כמסגרת להפגה ובילוי חברתית ומיועדים גם לפתח כישורים חברתיים.

בתקופת הקיץ מתקיימות קייטנות ארציות, אזוריות ומקומיות, שמאפשרות לילדים ובוגרים עם מוגבלות שכלית פעילות נופש שנתית ובילוי הן בקהילתם והן בבתי הארחה ובבתי מלון מחוץ לבית.

בלוח 5, להלן, מוצגים רשימת סוגי השירותים, מספר המסגרות ומספרם של המשתתפים בכל סוג שירות.

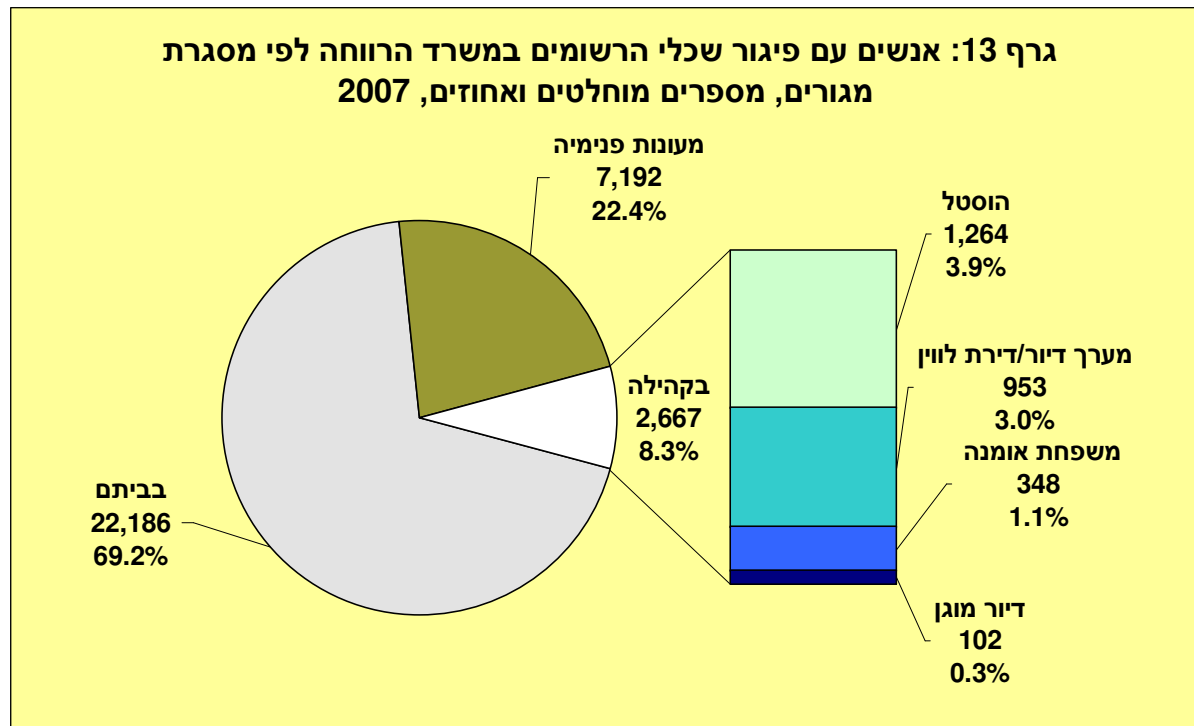
לוח 5: שירותים בקהילה לאדם עם פיגור שכלי ולמשפחתו, 2007

סוג שירות/מסגרת	מספר מסגרות	מספר משתתפים*
ייעוץ תמיכה וליווי למשפחות המטפלות באדם עם פיגור שכלי שגר בביתו		
מעונות יום לילדים ופעוטות		
שילוב במעונות יום רגילים		140 ילדים עד גיל 3
מעונות יום שיקומיים		140 פעוטות בגיל 1-3
מרכזי יום אמוניים	160	1.300 תלמידים עם פיגור קל בגילאים 3-21
מסגרות יום שהות ארוך סיעודי טיפולי	230	2,800 תלמידים בגילאי 3-21 (בשיתוף עם משרד החינוך)
תעסוקה ומעונות לבני +21		
תעסוקה מוגנת (מע"שים)	68	3,400 חניכים
תעסוקה נתמכת (בשוק העבודה החופשי)		500 חניכים
מרכזים טיפוליים וסיעודיים	50	900 חניכים
נופשוניים, מועדונים חברתיים וקייטנות קיץ		
שירותי נופשון	78	1,863 חניכים (כל ימות השנה)
מועדון חברתי	70	2,000
קייטנות קיץ		1,500 משתתפים, 24,000 לינות

* - חלק מהמטופלים נהנים מכפל שירותים

3.3. דיור מחוץ לתא משפחתי

אנשים עם פיגור שכלי, אשר רמת הפיגור שלהם לא מאפשרת מגורים בתא המשפחתי, או שמשפחותיהם מסיבות שונות אינן מסוגלות לטפל בהם, מופנים למסגרות מגורים אחרות. גרף 13 מציג נתונים על האנשים עם פיגור הרשומים במשרד הרווחה לפי מסגרת מגורים. לפי נתוני הגרף כ-31% מתגוררים במסגרות מחוץ לתא משפחתי. מסגרות חוץ-ביתיות אלה ניתן לחלקן לשניים: דיור בקהילה (כולל משפחות אומנה) ומעונות פנימייה. המתגוררים בקהילה מתחלקים בין דיירי הוסטלים, מתגוררים בדירות לווין, גרים במשפחות אומנה וגרים במסגרת של דיור מוגן.



3.3.1. דיור בקהילה

הדיור בקהילה לאנשים עם פיגור שכלי הוא תוצר של מגמות אוניברסליות לשילוב בקהילה של אנשים עם מוגבלות ושל עקרון האי-מיסוד. ברוח עקרונות אלה פותחו שירותי דיור בתוך הקהילה לקבוצות קטנות של אנשים בגילים שונים אך ברמות תפקוד גבוהות. רצף הדיור בקהילה כולל הוסטלים, בתים קבוצתיים ודירות:

- **דירה** - מסגרת דיור המיועדת לדיירים עצמאיים, לרוב ממוקמת בבנין מגורים רגיל (עד 6 דיירים בדירה).
- **בית קבוצתי** - מסגרת דיור המיועדת לקבוצת דיירים ברמת תפקוד של פיגור בינוני (עד 16 דיירים בבית).
- **הוסטל** - מסגרת דיור המיועדת לאנשים ברמת תפקוד של פיגור בינוני ולעיתים בינוני נמוך אשר לא יכולים להשתלב במסגרת של דירה או בית קבוצתי, אך עדיין יכולים ליהנות ממסגרת דיור בקהילה עם תמיכה מתאימה (עד 24 דיירים).

נתוני גרף 13 לעיל מראים כי מבין קרוב ל-2,700 האנשים עם פיגור שכלי שהתגוררו בקהילה בשנת 2007, הקבוצה הגדולה ביותר (1,264 נפשות, 47%) התגוררה בהוסטלים. היתר התחלקו בין מערך דיור/דירות לווי (953 נפשות, 36%) משפחות אומנה (348 נפשות, 13%) ודיור מוגן (102 נפשות, 4%). המסגרות מופעלות ע"י מדריכים המסייעים לדיירים בהתאם לרמות התמיכה להן הם זקוקים בתחומי החיים השונים. ייחודן של מסגרות הדיור בקהילה הוא שהן מאפשרות לאנשים עם פיגור שכלי להמשיך להתגורר בקהילתם הטבעית, בסביבה מוכרת להם ותוך שימוש בשירותים הקהילתיים העומדים לרשות כל תושבי הקהילה. כמו כן, הדיור בקהילה תורם להעצמתם של הדיירים כאנשים המסוגלים לקחת חלק פעיל בקהילה ומצד שני מחזק את אחריות הקהילה לכל אזרחיה.

בשנת 2007 היו 250 מסגרות דיור בקהילה, בחלוקה כדלקמן: 49 הוסטלים ל-16 דיירים, 64 בתים קבוצתיים ל-7 עד 15 דיירים, ו-137 דירות ל-2 עד 6 דיירים. כמות מסגרות הדיור בקהילה הגדולה ביותר ממוקמת במחוז המרכז (84 מסגרות), במחוז ירושלים נמצאות 77 מסגרות, במחוז צפון 71 מסגרות ובמחוז דרום 18 מסגרות דיור. מסגרות המגורים בקהילה לאדם עם פיגור שכלי מופעלות ע"י עמותות ציבוריות (64%) וע"י מפעילים פרטיים (36%).

3.3.2. משפחות אומנה לילדים

במצבים בהם נדרש למצוא מגורים מחוץ למשפחה הטבעית, משפחת אומנה היא הדגם הקרוב ביותר למשפחה הטבעית ומתאימה ביותר לגידולם של ילדים בגיל הרך ובגילאים הצעירים. במקרים מיוחדים מופנים למשפחות אומנה גם בוגרים. בכל מקרה שמצבו הבריאות של הילד בגיל הרך מאפשר זאת, ההעדפה היא לשלבו במשפחה אומנה על פני מעון פנימייה. 348 ילדים שהו בשנת 2007 במסגרת של משפחות אומנה (300 משפחות).

3.3.3. מעונות פנימייה

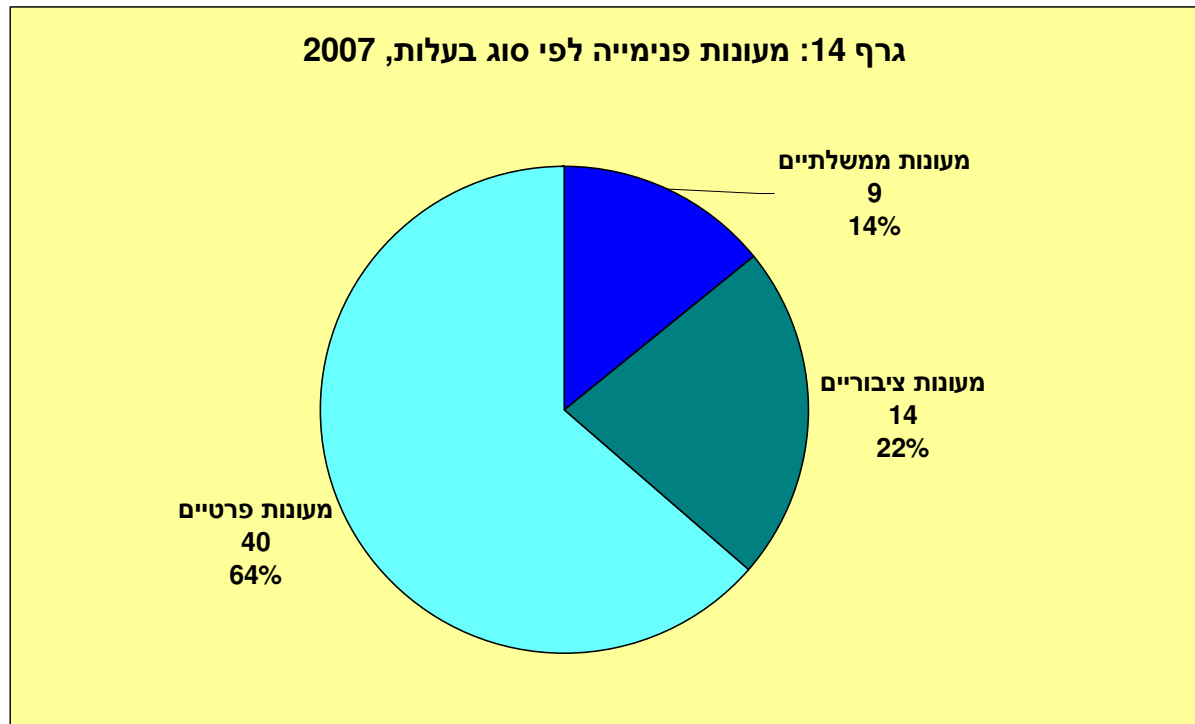
אנשים עם פיגור שכלי קשה ועמוק, שאינם יכולים להשתלב ממגורים בקהילה על רקע כמות וסוג התמיכה שהם זקוקים לה 24 שעות ביממה, מופנים למגורים במעונות פנימייה. מעונות אלה הם "בית לחיים" עבור האנשים עם פיגור שכלי שגרים בהם. המעונות מספקים לדיירים את כל צרכיהם, בכל שעות היממה כולל שירותים רפואיים.

כיום ישנן אפשרויות בחירה של הדייר ומשפחתו את מסגרת המגורים ומעורבות בנוגע להתנהלות חייהם בתוך המסגרת. המסגרת אומנה על בטחון, שלווה וכבודו של הדייר (חוק פיקוח על המעונות), תוך גיבוש תוכנית קידום אישית, המותאמת למימוש הפוטנציאל הטמון בו ולמתן השירותים הרפואיים והמענים החברתיים ותוכניות הפנאי להם הוא נזקק. כמו כן השירות מפעיל פיקוח ובקרה אינטנסיביים על פעילות המעונות הממשלתיים והפרטיים (על מאפיינים של הגרים במעונות פנימייה ראה סעיף 1.7 לעיל).

בשנת 2007 התגוררו 7,192 אנשים עם פיגור שכלי ב-63 מעונות הפנימייה. המעונות מתחלקים לשלושה סוגי בעלות, מתוכם 9 מעונות ממשלתיים, אשר מופעלים באופן ישיר על ידי הממשלה, 14 מעונות ציבוריים ו-40 מעונות פרטיים (גרף 14). המעונות נבדלים מבחינת מספר הדיירים המתגוררים בהם: ישנם 7 מעונות בהם מעל 200 דיירים, 11 מעונות בהם מתגוררים בין 120 ל-200 דיירים, ב-24 מעונות שוהים בין 57 ל-120 דיירים וב-17 נמצאים עד 56 דיירים בכל מעון.

לאחרונה נפתחו שלוחות לחלק ממעונות הפנימייה הפרטיים, שמאפשרות לדיירי מעונות הפנימייה דיור במסגרות פחות מגבילות ויותר עצמאיות, במגורים בהוסטלים או דירות, עם תמיכה ברקע של צוות מעון

הפנימייה. הפרט שנבחר למגורים במסגרות אלו יכול בכל רגע נתון לחזור למעון הפנימייה להתרענונות, או לקבלת טיפול במידת הצורך.
כל המעונות נמצאים בפקיח של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים.



תחומי הטיפול במעונות

מגורים: מעונות הפנימייה כוללים כיום דיור מותאם מודרני, שמאפשר פרטיות ואיכות חיים נוחה.
תזונה: לדייר תפריט מותאם ותוכניות מיוחדות לדיאטה ולמניעת השמנה. נעשים אבחוני בליעה כדי למנוע מצבים של חנק.

חינוך לעצמאות אישית: עזרה עצמית בתחומי אכילה, שירותים, רחצה, לבוש וניידות על פי הצורך.
שירותי בריאות: רופא/ים ואחיות בכל מעון נותנים מענה לצרכים הרפואיים של כל דייר 24 שעות ביממה למניעה של מצבי תחלואה ופציעות ולניהול סיכונים.

רפואת שיניים: ניתנת בעיקר באמצעות רשת מרפאות שיניים של האגף המצויות במעונות.
קלינאות תקשורת: שירות הניתן בכל המעונות על פי הצורך. נבנים ביחד עם הצוות והדיירים צורות שונות של תקשורת לאנשים המתקשים בכך.

הגנה: המעונות מגנים על הדיירים על פי חוק חסרי ישע. נעשית פעולה אינטנסיבית למניעת פגיעה ע"י עובדים, אזרחים הבאים במגע עם הדיירים בתוך המעון ומחוצה לו או ע"י בני משפחה.

תעסוקה ושיקום: לכל דייר נעשה אבחון תעסוקתי ועל פיו נקבעת תוכנית תעסוקה. התוכנית יכולה לנוע מרצף של הכשרה בסיסית לרכישת מיומנויות טרום תעסוקתיות למי שחסר מיומנויות, דרך תעסוקה במפעל מוגן בתוך המעון, תעסוקה במפעלים ובחממות מחוץ למעון ועד לתעסוקה בשוק החופשי.

חינוך ופנאי: מגוון גדול של פעילויות בשעות הפנאי עומד לבחירת הדיירים. העקרונות המנחים הם זכותו של הדייר להכונה עצמית, לבחירה חופשית, להצבת מטרות, למימושן ולהערכת תוצאות. לדייר יש קצו

גדול ומגוון של חוגים ופעילויות העשרה בשעות אחר הצהריים והערב. תוכניות מיוחדות בימי חופשה, ובחגים, נופשים בבתי מלון ועוד. חלק מהחוגים והפעילויות ניתן במעון וחלק אחר מחוץ למעון.

סנגור עצמי: תוכניות שמטרתן לאפשר לדייר במעון לקבל החלטות הנוגעות לחייו. הסנגור מלווה ע"י איש מקצוע שמקנה לדיירים את הכלים ומסייע בעדם לעבור תהליך של העצמה. באמצעות התוכנית דיירי הפנימיות יגיעו ליכולת בחירה בין אפשרויות שונות בתחומים הקשורים למהלך חייהם. נבנה מודל שיאפשר קשרי גומלין בין ועד ההורים של הפנימייה ונציגי הקבוצה לסנגור עצמי.

קשר עם הקהילה: מרבית מעונות הפנימייה נמצאים בתוך הערים וביחסי שכנות טובה עם השכנים שמסביבם. המעונות עושים כל מאמץ כדי ליצור קשרים עם הקהילה הסובבת, כך שהדיירים ייצאו לפעילות בקהילה וישתלבו בפעילות הכללית וכן כדי להביא אנשים מהקהילה לפעילות בתוך המעונות. כמו כן, המעונות מקפידים על קשר בין הדיירים לבין בני משפחותיהם. לכל המעונות יש ועד של בני המשפחות המייצג את המשפחות ואת הדיירים ופועל לשיתוף פעולה עם הנהלת המעון. בני המשפחות חופשיים להגיע למרבית המעונות בכל עת שהם חפצים בכך ואם אין מניעה לקחת את הדייר לביקור במשפחתו הטבעית. המעונות מפתחים קשרים עם מתנדבים וארגונים.

3.4. פרויקטים מיוחדים

החשיבות של פיתוח שירותים בקהילה עולה ומתחזקת עם השנים. בתכנון לטווח ארוך (5 - 10 שנים) מתוכנן לשנות את פני השירותים, כאשר המוקד יהיה שינוי אופיים של מעונות הפנימייה והפיכתם למרכזי טיפול ומגורים. הדגש יושם על פתיחת שלוחות בקהילה הקרובה למעון לכל הדיירים שיכולים לעבור לצורת מגורים פחות מגבילה ועל שילובם בקהילה במסגרות לימודים, תעסוקה ופנאי. המעון ישמש מקור תמיכה לכל צורכיהם שלא יסופקו על ידי הקהילה. מספר פרויקטים מיוחדים ברוח זו שפעלו כבר בשנת 2007 מוצגים בהמשך.

מרכזי תמיכה וטיפול לאדם עם מוגבלות שכלית ולמשפחתו: מרכזים אלה מהווים מסגרת המספקת מגוון של שירותים ותכניות המרכזים תחת קורת גג אחת. המרכזים הוקמו בשלוש רשויות בארץ - מעלות, כרמיאל ועפולה. המרכזים מעניקים מגוון רחב ועשיר של שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית ולמשפחתו: "מסגרות יום לילדים עד גיל 3", "מסגרות יום ארוך לאנשים בגיל 21+", "מרכז יום טיפולי סיעודי לגילאי 21+", "נופשוניים", "שירותי פנאי", "שמרטפיה", "פיתוח תכניות חדשניות (כמו גינון טיפולי ותכניות אומנות)", "יועץ ותכניות טיפול ותמיכה להורים ולחניכים כולל ייעוץ חברתי-מיני, "קו חרום להורים", "ספרייה מקצועית להורים ואנשי מקצוע, "פיתוח מאגר מתנדבים ומנהיגות הורים ומערכות תמיכה קהילתית, "פיתוח כוח אדם סמך מקצועי מיומן.

סביבה תומכת: תכנית לטיפול באנשים בוגרים ברמת תפקוד גבוהה, הממשיכים לגור בביתם ונהנים משירותי טיפול ותמיכה, הכנה לחיים עצמאיים, ליווי ותמיכה עפ"י צרכיהם.

פרויקטים לזקנים או מזדקנים: מערך תכניות המאפשרות טיפול מיוחד והפעלה מתאימה לאנשים בגיל מבוגר.

מניעת נטישת ילודים: עבודה משותפת עם בתי חולים ומכונים להתפתחות הילד הכוללת התערבות משולבת עם שירותי הבריאות בטיפול בביה"ח ובבית הילוד. שיתוף זה הביא לכך שיותר משפחות לוקחות את הילודים לביתם ובכך צומצם, בשנים האחרונות, מספר הנטישות.

תוכניות קידום אישיות: תכניות המיועדות לבדוק כוחות וקשיים של כל אדם עם הפיגור השכלי, כדי להביא לשיפור איכות חייו באמצעות תכניות מותאמות לאדם עפ"י צרכיו הייחודיים.

כמו כן, התוכניות כוללות הכנה, התאמה ועדכון של מאגר תוכניות קידום בכל עשרת תחומי החיים הבסיסיים ופיתוח תכניות מיוחדות לאוכלוסיות עם התנהגות מאתגרת, אוכלוסיות המוגדרות כסעודיות, ואוכלוסיות של מזדקנים.

מרכז ייחודי ליעוץ, טיפול והדרכה בתחום חברתי מיני: המרכז עומד לרשות כל האוכלוסייה המטופלת, בכל רמות הפיגור ובכל הגילים וכולל צוות מקצועי מיומן בתחום. בין השאר. מטופלים במרכז נפגעים ונפגעות של תקיפה מינית, כאשר הטיפול מתמקד בנפגע אך גם בפוגע - אם הוא אדם עם פיגור שכלי.