

שם המחקר: הזדקנות של אנשים עם פיגור שכלי המקבלים שירותי דיור ו/או תעסוקה ממשרד הרווחה:

תמונת מצב וצרכים

רשות המחקר: מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל

שנה: 2008

מס' קטלוגי: 7

שמות החוקרים: שלומית בן נון, דניז נאון, ג'ני ברודסקי, דליה מנדלר

המחקר מומן על-ידי קרן שלם, משרד הרווחה, אשל ומאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

תקציר המחקר

תמצית מחקר

בדומה לתהליכים שמתרחשים בכלל האוכלוסייה, גם בקרב אנשים עם פיגור שכלי עלתה תוחלת החיים באופן משמעותי במאה השנים האחרונות, מה שגרם לכך שרבים מהם זוכים להגיע לגיל זיקנה. שינוי זה עורר את הצורך בלימוד הצרכים המתלווים לתהליך ההזדקנות של אנשים עם פיגור, וזאת כדי לפתח שירותים ומענים לצרכים המשתנים עם העלייה בגיל.

לפיכך, פנה האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל כדי שיבצע מחקר מקיף בקרב אנשים בגיל מבוגר עם פיגור. ליוזמה זו חברו גם קרן "שלם" לפיתוח שירותים לאדם המפגר ברשויות המקומיות, ואשל - האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל, אשר סייעו במימון המחקר והיו שותפים לניהולו באמצעות ועדת היגוי. המטרה הכללית של המחקר הייתה ללמוד על המאפיינים האישיים, החברתיים והבריאותיים של אנשים בגיל מבוגר עם פיגור שכלי בישראל, ולבחון את הצרכים ואת המענים הניתנים בשירותים בעבורם ובעבור בני משפחתם - התומכים הבלתי פורמליים שלהם. הידע שנרכש נועד לסייע למשרד ולארגונים המספקים שירותים בפיתוח מענים מתאימים לאוכלוסייה המבוגרת או המזדקנת.

המחקר הינו מחקר ארצי, וכלל איסוף מידע על אנשים עם פיגור מגיל ארבעים ומעלה המתגוררים במעונות או בדיר קהילתי חוץ-ביתי, ועל אנשים עם פיגור המתגוררים בדיר המשפחתי ומשתתפים במסגרת תעסוקתית (מע"ש).

איסוף נתוני המחקר נעשה בכמה אופנים: המטפל העיקרי רואיין על אודות הדיירים המתגוררים במערכי הדיר החוץ-ביתיים. בקרב הדרים במעונות רואיין בנוסף למטפל העיקרי גם רופא או אחות לצורך השלמת הנתונים הרפואיים. המטפל הבלתי פורמלי, קרוב משפחה, רואיין על אודות מי שמתגוררים עם משפחתם, והוא רואיין גם לגבי המאפיינים והצרכים שלו עצמו כתומך עיקרי. בסך-הכל התקבל מידע על אודות 794 אנשים בגיל 40 ומעלה עם פיגור (488 במעונות, 126 בדיר קהילתי מוגן, ו-180 בדיר משפחתי), מתוך 3,729 אנשים מגיל 40 ומעלה עם פיגור אשר קיבלו שירותי דיור ו/או תעסוקה ממשרד הרווחה בשנת 2004 (כ-22%).

כשהשלמה למידע שנאסף מהמטפלים והתומכים באמצעות שאלונים מובנים, נאסף במחקר מידע גם מנותני שירותים, מנהלי מסגרות וקובעי מדיניות על-ידי ראיונות עומק. מטרת הראיונות הייתה ללמוד מנקודת מבטם של המרואיינים על צרכי האוכלוסייה, השירותים הניתנים לה בתחומי הדיר, התעסוקה, הפנאי והבריאות, ובאיזו מידה נותנים השירותים הקיימים מענה על צרכי האוכלוסייה הזו. במסגרת זו בוצעו ראיונות עומק עם 20 אנשי מפתח.

לאחר סיום איסוף הנתונים, נערכו שלוש קבוצות מיקוד עם מגוון אנשי מקצוע, עובדי שטח ובני משפחה, לצורך דיון בנתונים וליבון השלכות המחקר לפיתוח מענים. תקציר זה מביא ממצאים מכל מקורות המידע.

ממצאים עיקריים

- ◆ בכל אחת משלוש קבוצות המחקר (דיירי מעונות, דיור קהילתי חוץ-ביתי ודיור משפחתי), נעשתה חלוקה לפי רמת הפיגור: קל, בינוני, קשה ועמוק. נמצא שאחוז האנשים עם פיגור קשה או עמוק הוא גבוה יחסית במעונות (29%), ובקרב מי שגרים בדיור משפחתי (21%), לעומת 3% בלבד בדיור קהילתי חוץ-ביתי. בנייתוח הנתונים הייתה התייחסות לרמת הפיגור בנוסף לסוג מסגרת הדיור ולגיל. בנוסף, ננקטה התייחסות מיוחדת לאנשים עם תסמונת דאון מתוך הבנה שאנשים אלה הם בעלי אפיונים ייחודיים להם ותוחלת חייהם קצרה בהשוואה ליתר האנשים עם פיגור.
- ◆ נמצאו הבדלים בהתפלגות הגיל במסגרות הדיור השונות. האוכלוסייה במעונות מבוגרת יחסית למסגרות האחרות, ולמעשה רוב בני 70+ דרים במעונות.

מאפייני בריאות ותפקוד

- ◆ מחקר זה אינו מחקר אורך, כלומר מחקר שעוקב אחר שינויים לאורך זמן בקרב אותם אנשים עם פיגור. לכן לא ניתן להצביע באופן חד-משמעי על מה שקורה לאנשים עם פיגור במהלך ההזדקנות. עם זאת, ניתן להשוות את הצרכים השונים של קבוצות גיל שונות, מה שמסייע לנו להבין את השפעות ההזדקנות על האוכלוסיות במסגרות הדיור השונות.
- ◆ כצפוי, נמצא קשר משמעותי בין רמת הפיגור לבין רמת התפקוד בביצוע פעולות יומיומיות (ADL), כאשר אנשים עם פיגור קשה או עמוק זקוקים לעזרה רבה יותר בכל הפעולות בחיי היומיום.
- ◆ בקרב בעלי רמת פיגור קשה-עמוק לא נמצא הבדל בין הגילים השונים בתפקוד יומיומי (ADL), חלקם הגדול מוגבלים בכל הפעילויות של טיפול אישי כבר בגילים צעירים יותר.
- ◆ בקרב בעלי רמת פיגור קל ובינוני נמצא שיש ירידה בתפקוד בפעולות היומיומיות (ADL) בקרב גילאי 70+. עד לגיל זה לא ניתן לזהות חתך גיל שבו היו סימנים להחמרה משמעותית. מעניין לציין שהשוואה עם נתונים העולים ממחקרים על כלל האוכלוסייה בגילים המקבילים, מצביעה על כך שאף שרמת המוגבלות של אנשים עם פיגור היא גבוהה בהרבה מאשר באוכלוסייה הכללית, נמצאו דפוסי שינוי דומים בשתי קבוצות הגיל. גם בכלל האוכלוסייה מסתמנת ירידה בתפקוד בקרב גילאי 70+. משמע, שבניגוד לתפיסות מקצועיות שרווחו בעבר, לא נמצאו עדויות במחקר זה להחמרה משמעותית בתפקוד בגילים צעירים יותר. ממצא זה תואם את ממצאי המחקרים העכשוויים המדווחים בספרות.
- ◆ כתוצאה מהעלייה בתוחלת החיים, הולך מספרם של האנשים עם פיגור בגיל המבוגר וגדל באופן משמעותי, מה שמשנה את ההרכב הגילי בכל המסגרות המטפלות באוכלוסייה זו. שיעור האנשים בגיל מבוגר עם פיגור הזקוקים לסיוע בפעילויות שונות בטיפול אישי ובניידות הוא משמעותי כבר בגיל 40, ועל כן, ככל שעולה מספר האנשים עם פיגור בגיל המבוגר, כך גובר הצורך במתן מענה לצורכיהם המשתנים והגדלים.
- ◆ בתחום של בעיות בריאות ומחלות נמצאה במחקר עלייה בשיעורי הדיווח על מחלות "תלויות גיל" (age-related diseases), כגון יתר-לחץ-דם, אוסטיאופורוזיס, מחלות לב, בעיות ראייה ושמיעה, מצב הפה והשיניים. כמו-כן, נמצא שעם העלייה בגיל היה גם גידול בהפניות לאשפוז ובשיעור האנשים הנוטלים תרופות באופן קבוע. עם זאת, יצוין שבהשוואה לנתונים על כלל האוכלוסייה בגילים מקבילים, השיעור המדווח של מחלות חמורות ומצבים רפואיים בקרב אנשים עם פיגור היה נמוך יותר, למשל, בעיות ראייה והרכבת משקפיים, קשיים בלעיסה ושימוש בשיניים תותבות, לחץ-דם גבוה וסוכרת. לגבי חלק מהמצבים, השיעור המדווח הנמוך יכול לנבוע משכיחות נמוכה יותר של המחלה בקרב אנשים עם פיגור. אולם, בחלק גדול מהמצבים הדבר יכול לנבוע מתת-אבחון עקב קשיים באבחוןם של אנשים עם פיגור, מחוסר מודעות, דעות קדומות, היעדר כלי אבחון נאותים הרגישים לצרכים המיוחדים, או בגלל בעיות מימון.

תעסוקה

- באופן כללי, היות שאוכלוסיית המחקר הינה אוכלוסייה שנדגמה מתוך מקבלי שירותים ממשרד הרווחה, ובמסגרת זו זוכה לקבל שירותי תעסוקה במסגרות השונות, אכן נמצא שרובם משתתפים במגוון של פעילויות תעסוקה. עם זאת, דווח שככל שאוכלוסייה זו מזדקנת, מתעוררים קשיים בשמירה על פעילויות התעסוקה הרגילות שלהם.

פנאי

- נמצא שחלה ירידה במידת ההשתתפות בפעילויות פנאי בקרב קבוצות הגיל המבוגרות יותר. בדיוור הקהילתי דווח כי הסיבה העיקרית לירידה זו הוא צורך רב יותר בליווי לפעילויות. כמו-כן, נמצא שאחוז האנשים בגיל המבוגר עם פיגור הגרים עם משפחותיהם והמשתתפים בפעילויות פנאי, נמוך בהרבה מהאחוז של האנשים עם פיגור ביתר המסגרות, והתומכים העיקריים דיווחו על כך שהיה רצוי שהאדם עם הפיגור ישתתף יותר בפעילויות פנאי מחוץ לבית.
- חלק לא מבוטל (החל ביותר ממחצית הגרים במעונות ובדיוור קהילתי חוץ-ביתי ועד לשליש מהגרים בבית) עוסקים בפעילויות ספורט. עם זאת, המטפלים בדיוור החוץ-ביתי ובדיוור המשפחתי דיווחו שהאנשים בטיפולם עסקו בפעילויות כאלה במידה פוחתת עם העלייה בגיל.

קשר עם בני משפחה במסגרות הדיוור החוץ-ביתיות

- עם העלייה בגיל נמצאה ירידה במידת הקשר והמעורבות של בני משפחה, הקשורה בעיקר להזדקנותם של בני המשפחה עצמם ולכך שיכולת תפקוד שלהם הפכה מוגבלת. נמצא שעם העלייה בגיל יורדת תדירות הביקורים של בני משפחה, וכן קיימת פחות מעורבות מצידם בטיפול, למשל, הם מלווים בתדירות פחותה יותר את קרוביהם לטיפולים.

שימוש בשירותים

- השימוש בשירותים פרה-רפואיים (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור) עולה עם הגיל בכל מסגרות הדיוור החוץ-ביתי. אחוז המשתמשים בשירותים אלה גבוה בהרבה במעונות מאשר בשתי המסגרות האחרות. צרכים לא מסופקים נמצאו בשלוש המסגרות, אולם במעונות דווח על אחוז גבוה יותר של אנשים הזקוקים לשירותים פרה-רפואיים נוספים, ובמיוחד בגיל +70.
- כמחצית האנשים בשלוש המסגרות השתמשו בשירותים פסיכו-סוציאליים. במעונות דווח על פחות שימוש בקרב האנשים בגיל +70; בדיוור הקהילתי החוץ-ביתי לא נמצא הבדל בין קבוצות הגיל; ובדיוור המשפחתי חלה עלייה בשימוש בשירותים אלה בגיל +50. מעניין כי בדיוור המשפחתי דווח על צרכים לא מסופקים בתחום זה בשיעור גבוה בהרבה מאשר בשתי המסגרות האחרות.
- נמצא כי בדיוור המשפחתי קיימת עזרה פורמלית של מטפלת או עוזרת בקרב רבע מהמשפחות ומסתמנת עלייה בשימוש בשירותים אלה עם העלייה בגיל. בחלק מהמקרים העזרה היא בהשתתפות במימון של גורם ציבורי, למשל באמצעות חוק ביטוח סיעוד. ההוצאה הפרטית שדווח עליה הייתה בממוצע כ-900 ₪ לחודש. דווח על צרכים לא מסופקים בתחום זה, וכשליש התומכים דיווחו על צורך רב יותר בעזרה פורמלית. שיעור גבוה של צרכים לא מסופקים נמצא בקרב תומכים של אנשים עם פיגור קשה ועמוק ובגיל המבוגר יותר.

תומכים בלתי פורמליים של אנשים בדיור המשפחתי

- ◆ כ-70% מהתומכים הינן נשים, למעלה ממחצית התומכים הינם אחים או אחיות (לרבות גיסים/גיסות), וכשליש - הורים. באופן טבעי קיים קשר משמעותי בין גיל הנתמך לבין יחס הקרבה שלו לתומך, כאשר שיעור ההורים המטפלים בנתמכים הצעירים גבוה יותר משמעותית משיעור ההורים התומכים במבוגרים יותר. כשלושה-רבעים מן התומכים מתגוררים יחד עם האדם עם פיגור, כאשר שיעור ההורים הגרים יחד עם בן או בת עם פיגור, גבוה משמעותית משיעור האחים המתגוררים עם אחיהם או אחותם עם פיגור (94% לעומת 56%).
- ◆ הבדלים משמעותיים במאפייני התומכים נמצאו לפי יחס הקרבה. הורים מבוגרים סובלים יותר מבעיות בריאות וממגבלות תפקוד, ובעלי משאבים פחותים בתחום השכלה. אחוז ניכר מהם אינם ילידי הארץ ויש להם פחות משאבים כלכליים (כמחציתם חיים מקצבאות).
- ◆ חלק משמעותי מהתומכים דיווחו על עומס שנובע מהטיפול באדם עם הפיגור. באופן משמעותי אחוז גבוה יותר מההורים דיווחו על תחושת עומס בממדים שונים שנבדקו (פסיכולוגי, כלכלי ופיזי). בהקשר זה נמצא שהאחים, לעתים קרובות יותר מאשר ההורים, חשו שיש מישהו נוסף שהם יוכלו לפנות אליו, שיכול להחליף אותם בטיפול במידת הצורך, והם גם מבטאים יכולת ונכונות להמשיך לשאת בטיפול בעתיד במידה רבה יותר מההורים. עם זאת, חשוב לציין שאחת ההשלכות של מתן טיפול בידי האחים היא פגיעה שלילית אפשרית בתחום התעסוקה שמתבטאת לפעמים בהפסקת עבודה לצורך מתן טיפול, או בהפחתת היקף המשרה או בהחסרת ימי עבודה כדי שיוכלו לטפל בקרוביהם.
- ◆ למעלה משני-שלישים מהתומכים דיווחו שהם מוטרדים מהטיפול העתידי, אך פחות משליש ערכו תכנון ממשי. רק עשירית ערכו תכניות להעביר את בן משפחתם למסגרת דיור אחרת.
- ◆ כ-60% מן התומכים דיווחו על כך שיש בעל מקצוע או ארגון אליו הם יכולים לפנות כדי לקבל עזרה בטיפול, כאשר 62% מהם פונים לעובדת סוציאלית.
- ◆ הממצאים בדוח מצביעים על צרכים לא מסופקים של התומכים במספר תחומים. במיוחד נמצא צורך בעזרה כספית במימון שיפוצים והתאמות הדיור בבית לצורכי האדם עם פיגור. נמצא גם צורך במידע לגבי שירותים, זכויות ותכנון לעתיד. יש לזכור שבמקרה של אנשים עם פיגור הגרים בדיור משפחתי המחקר בחן רק את מי שמתתפים במע"ש. מכאן, שהמחקר אינו מייצג בהכרח את כל האנשים עם פיגור הגרים בדיור המשפחתי. ייתכן שהצרכים והמאפיינים של אלה שאינם משתתפים בתעסוקה מוגנת ושל בני משפחתם שונים במהותם ובהיקפם מאלה שהוצגו במחקר.

סוגיות והשלכות לפיתוח שירותים

הזדקנות במקום

קיים קונצנזוס רחב בקרב אנשי מקצוע, שרצוי להשאיר, עד כמה שניתן, את האדם המזדקן במסגרת בה הוא נמצא בין אם בדיור עם המשפחה, או במסגרת דיור חוץ-ביתי. משמעות הדבר היא, שרצוי לפתח מגוון שירותים תומכים שיאפשרו לאדם עם פיגור להמשיך לחיות באותה מסגרת, כפי שיפורט בהמשך. עם זאת, חיוני להבטיח קיום של מגוון פתרונות, כך שבמידה שאדם מזדקן עם פיגור אינו יכול להמשיך להתגורר באותו מקום, יימצא לו פתרון הולם בהתאם לצרכיו.

השאלה העולה לגבי המסגרות החוץ-ביתיות היא באיזו מידה להעדיף מסגרות הטרוגניות, כלומר מסגרות בהן חיים אנשים בגילים שונים עם פיגור; או, האם להעדיף מסגרות הומוגניות, כלומר אלה המיועדות רק לאנשים מזדקנים עם פיגור. למסגרות הומוגניות עשויים להיות יתרונות בהספקת שירותים מיוחדים למבוגרים בהיקף גבוה יותר כמו שירותי פיזיותרפיה, בגלל תקינה גדולה יותר. כמו-כן, מסגרות אלה נבנות במיוחד למען אנשים מבוגרים, ומותאמות לצורכיהם. לעומת זאת, למסגרת ההטרוגנית יש מספר יתרונות: ראשית, היא מהווה בית לחיים, והדיירים לא יצטרכו לעבור עוד לעולם. שנית, במסגרת ההטרוגנית קיימת אפשרות להציע רצף טיפולי,

כלומר מגוון שירותים תומכים המתאימים לרמת הצורך של הדייר. יתר-על-כן, משמעותן של מסגרות הטרזוגניות היא שהאנשים המזדקנים עם פיגור אינם חיים בחברה של מזדקנים בלבד. מכיוון שקיימת הסכמה כי רצוי לאפשר הזדקנות במקום, עולה הצורך בהתאמת מסגרות הדיור שבהן האנשים עם פיגור כבר נמצאים, לצרכים של אוכלוסייה הטרזוגנית.

על-מנת לענות על הצרכים של אנשים מזדקנים עם פיגור יש צורך בהיערכות במספר מישורים הן בדיור המשפחתי והן במסגרות חוץ-ביתיות:

1. כוח אדם

- **היקף משרות** - יש לשקול התאמת היקף כוח האדם לגידול במספר האנשים המזדקנים עם פיגור. במסגרות חוץ-ביתיות יש לכך השלכות של תקינה.
- **הכשרה** -
 - א. הכשרת כוח אדם מקצועי: הזדקנות אנשים עם פיגור דורשת הכשרה של עתודה של אנשי מקצוע בעלי מומחיות בהזדקנות עם פיגור. במיוחד קיים צורך באנשי מקצוע עם מומחיות ברפואה ובפסיכוגריאטריה של מזדקנים עם פיגור. היענות לצרכים של אוכלוסייה מבוגרת דורשת עבודה רב-מקצועית על מנת לתת מענה כוללני. חשוב לפתח כוח אדם רב-מקצועי ממקצועות שונים כמו עו"סים, פסיכולוגים, רופאים.
 - ב. הכשרת כוח אדם סמך-טיפולי: יש צורך בהכשרה של מטפלים בסוגיות הקשורות לאנשים מזדקנים עם פיגור, כגון תזונה והאכלה. במיוחד נראה שיש צורך בהכשרה של מטפלות בית שכיום אינן מקבלות שום הכשרה מיוחדת בתחום הפיגור השכלי.

2. תעסוקה

- העובדה שמרבית אוכלוסיית המחקר מועסקים במסגרת תעסוקתית מוגנת, הגם שקיימים קשיים בשמירה על רמת פעילותם, מעלה את השאלה באיזו מידה המע"שים מותאמים לצורכי האוכלוסייה המבוגרת. יתר-על-כן, יש לבחון באיזו מידה רצוי להמשיך להפנות אנשים עם פיגור לתעסוקה בכל גיל, על פני הפנייתם לחלופות שאינן תעסוקתיות שמתחילות להתפתח, כגון מרכזי יום.

3. פנאי

- אחת הסוגיות שבלטו במחקר הייתה הצורך להתאים את סדר היום מבחינת שעות הפנאי למאפיינים ולרצונות של האוכלוסייה המזדקנת.
- מהנתונים עולה שההיערכות הנדרשת כדי להבטיח המשך השתתפות בפעילויות פנאי היא בשני מישורים:
 - א. הנגשה של הפעילויות כפי שמתבטאת בצורך של המשתתפים בליווי. צורך זה בולט במיוחד בקרב הדירים בבית.
 - ב. התאמת הפעילויות להעדפות של אנשים עם פיגור בגיל הזה. לדוגמה, דווח על צורך בהתאמת הפעילויות לגיל המבוגר. יתר-על-כן, קובעי המדיניות ונותני השירותים דיווחו על יוזמות חדשות לפיתוח שירותים כמו מרכזי יום, כדי לתת מענה לצרכים המשתנים של האוכלוסייה המזדקנת.

4. התאמת המבנה הפיזי

ככל שחלה ירידה בתפקודו של האדם, יש לשקול את התאמת הסביבה הפיזית במסגרות הדיור החוץ-ביתי כדי לאפשר נגישות נוחה ולמנוע מצבי סיכון כמו נפילות. יש להגביר את מודעות המשפחות של מזדקנים עם פיגור הגרים בבית לסוגי העזרה הקיימים בתחום זה כך שהם יוכלו לערוך התאמות בפועל בבתים.

5. בריאות

- לאור הממצאים המעידים על תת-אבחון של מצבים רפואיים שמאפיינים את גיל הזיקנה, ועל תת-טיפול במצבים אלה, כדאי להתמודד עם הנושא במספר מישורים:
 - פיתוח כלי אבחון המותאמים למאפיינים הייחודיים של אוכלוסיית אנשים מזדקנים עם פיגור, לזיהוי ולאבחון של מחלות העולות עם הגיל, כגון מבחני ראייה ושמיעה, דיכאון ועוד.
 - הבטחת מתן טיפול רפואי מונע, אקוטי, כרוני ושיקומי, ומציאת דרכים להתגבר על מחסומים ומכשולים העומדים בפני אנשים עם פיגור כאשר הם מנסים להשתמש במערכת שירותי הבריאות. בקשר לכך, יש לתת את הדעת לנושאים הבאים:

- א. העלאת המודעות של בעלי מקצוע בתחום הבריאות לגבי הצרכים הספציפיים של אוכלוסייה זו. כפי שנאמר לעיל, קיים גם צורך בהכשרה מתאימה של כוח האדם הבריאותי.
- ב. התגברות על הדעות הקדומות הרווחות על אנשים עם מוגבלות, בכלל, ועל אנשים עם פיגור שכלי, בפרט, שמוצאות ביטוי בתת-אבחון ובתת-טיפול.
- ג. כמו-כן, יש צורך להנגיש את השירותים ברמה המבנית-פיזית לצורכי אנשים עם מוגבלות גופנית, מחד, ומאידך, יש צורך לפתח מענים לאנשים הזקוקים לליווי כאשר הם הולכים לקבל טיפול רפואי.

6. קשר עם המשפחה

באופן טבעי, משפחות התומכות באדם המזדקן עם פיגור בבית ובמסגרות החוץ-ביתיות, הולכות אף הן ומזדקנות, כפי שמתבטא בדלדול הרשת התומכת.

- בדיור החוץ-ביתי יש צורך בפיתוח פעילויות לחיזוק הקשר עם בני המשפחה למניעת התרחקות המתלווה להזדקנות של בני המשפחה עצמם (בעיקר הורים). במיוחד דרושה השקעה בחיזוק הקשר עם האחים והאחיות שעם הזדקנות ההורים מקבלים על עצמם תפקיד מרכזי יותר בקשר עם אנשים בגיל המבוגר עם פיגור. חיזוק הקשר יכול להיעשות בדרכים שונות, כמו לערוך ימי משפחה, או באמצעות דרכים אחרות להתמודדות עם צורכי כלל בני המשפחה. בהתחשב בעובדה שמסגרות הדיור החוץ-ביתי לא תמיד נמצאות במקום נגיש, יש צורך בהשקעת משאבים להסעות של בני המשפחה למעון, או של האדם עם הפיגור לביתו, כדי לשמר קשר זה.
- **בדיור המשפחתי:** עם הזדקנותו של האדם עם פיגור עולה השאלה לגבי יכולתם של בני משפחה להמשיך ולספק את הטיפול הדרוש כאשר ההורים אינם יכולים לטפל בו עקב גילם המתקדם, מצב בריאות ירוד, או כי הם אינם בחיים. ברוב המקרים האלה האחריות עוברת לאחים מה שמחייב את מערכת השירותים להתאים עצמה לשינוי ולספק פתרונות בהתאם. כדי לאפשר לאדם עם פיגור להמשיך לגור בבית, יש צורך בהיערכות במספר מישורים:
 - א. הבטחת ניצול השירותים הקיימים כיום במערכות השונות על-ידי מתן מידע, ייעוץ והפניות. בנושא זה יש תפקיד חשוב מאוד לניהול הטיפול על-ידי עו"ס בקהילה.
 - ב. פיתוח והרחבה של שירותים שיכולים להקל על העומס של בני משפחה, כגון נופשון, מרכזי יום וקהילות תומכות.
 - ג. שירותי תמיכה וייעוץ ישירים לבני המשפחה התומכים כדי לסייע להם להתמודד עם הקשיים והעומס בטיפול, למשל קבוצות תמיכה.
 - ד. מאחר שתהליך ההזדקנות מלווה בחדרות לגבי העתיד גם של האדם עם הפיגור וגם של משפחתו המזדקנת, עולה הצורך במתן ייעוץ בכל הקשור בתכנון העתידי לגבי האדם עם הפיגור, כולל מסגרת דיור עתידית, הבטחת מקורות קיום, מינוי מטפל עיקרי וכו'.
 - ה. קיימת הסכמה די רחבה שיש להמשיך ולפתח סוגי תמיכה שונים בקהילה כדי לעזור לאותן משפחות שמעוניינות להשאיר את קרובן המזדקן עם פיגור בבית. עם זאת, מועלה הצורך בפיתוח שירותים ובפיתוח אפשרויות רבות ככל שניתן כדי להגדיל את יכולת הבחירה ולתת לגיטימציה להוציא את המזדקן עם פיגור שכלי למסגרת חוץ-ביתית כאשר זו הופכת האופציה המועדפת. נראה שיש מקום לתת את הדעת לחיזוק התפקיד המרכזי של שירותי הרווחה במתן ייעוץ ומידע בנושא זה כדי לסייע למשפחות לקבל את ההחלטה האם ומתי כדאי להעביר את האדם למסגרת חוץ-ביתית.

לבסוף, מעט ידוע על יושבי הבית, דהיינו מזדקנים עם פיגור שמתגוררים בבית ואינם מקבלים שירותי תעסוקה, ואין כל מידע על היקף המענים והצרכים הלא מסופקים או על דפוסי השימוש בשירותים שקיימים כיום להם ולבני משפחתם. לכן, כדאי לערוך מחקר ממוקד על אוכלוסייה זו כדי לזהות את הצרכים.

כמו-כן, בשנים האחרונות, עקב העלייה במספר המזדקנים עם פיגור, פותחו פתרונות מקומיים בתחומים השונים. רצוי ללמוד ולתעד את הניסיונות הללו כבסיס לגיבוש מדיניות ארצית כוללת המתייחסת לתחומי החיים השונים של אנשים מזדקנים עם פיגור, כגון בבריאות, תעסוקה, פנאי ועוד.