



מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית



סקירת ספרות

המעבר ממעונות פנימייה לדיור קהילתי

של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית

איילת גור, דוקטורנטית

מיכל סופר, מרצה בכירה

אריק רימרמן, פרופסור מן המניין

הקתדרה לרווחה ותכנון חברתי ע"ש ריצארד קרוסמן, בית הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה

למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה 31905

הסקירה הוזמנה על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים

2014

ז' בטבת תשע"ה
29 בדצמבר 2014

הקדמה לסקירת ספרות

נושא המעבר של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ממעונות פנימייה לדיור בקהילה הוצב בראש סדר העדיפות של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית והוא מוצא מקום נכבד בתכניות העבודה שלנו לשנים הקרובות בתמיכה מלאה של השר ומנכ"ל המשרד.

האגף פועל ברוח זו מזה מספר שנים באמצעות פעילויות שונות:

1. דו"ח ועדת מומחים שהוזמן על ידי האגף והמשרד, נכתב בשנת 2011 על ידי 5 מומחים בינלאומיים מתחום המוגבלויות. המשרד ביקש לקבל מהם תמונת מצב של ישראל בנושא הדיור של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, בהיבט משווה למדינות המערביות, וכן ביקש להמליץ על המדיניות הרצויה בתחום.

הרציונל לבקשה היה חתימת מדינת ישראל על "אמנת האו"ם לזכויות של אנשים עם מוגבלות" משנת 2007 (ישראל אף אשררה ב-2012 את חתימתה על האמנה), באמנה מופיעים מספר סעיפים, לעניינו, סעיף 19 העוסק בזכות לחיים עצמאיים ולשילוב בקהילה של כלל האנשים עם מוגבלויות, ביניהם אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

חמשת המומחים שהגיעו מישראל (פרופ' אריק רימרמן) מהולנד (פרופ' מינדרט הבמן) מארה"ב (פרופ' פיטר בלאנק וד"ר יואל לוי) ומאירלנד (פרופ' ג'ררד קווין).

המלצות המומחים מתבססות על הבנתם את המציאות בישראל ובחינתה מול מדינות דומות, ומול אמנת האו"ם עליה חתומה ישראל.

2. האגף החל בתהליך מיפוי של כלל השירותים הקיימים כיום בקהילה, יחד עם המשך פיתוח תשתיות ושירותים נוספים בקהילה, כמו: תמיכה במשפחה, תעסוקה ביתית, פתיחת מרכזי יום לבוגרים בני 21+ שאינם

משתלבים בתעסוקה, נופשוניים, גיוס לצבא ועוד, כל זאת על מנת לאפשר המשך מגורים בבית המשפחה, או בדיוור בקהילה תוך צריכת שירותים מותאמים בקהילה.

3. האגף נמצא בעיצומו של תהליך לאיתור דיירים מהמעונות המועמדים ליציאה לדיוור בקהילה, וזאת באמצעות ביצוע ועדכון ועדות אבחון מחודשות, על מנת לאתר דיירים אשר יכולים רוצים ומסוגלים לעבור לדיוור בקהילה.

4. ועדות האבחון הונחו החל מ 2008 לקיים את מדיניות האגף בעניין העדפה של מסגרות דיוור בקהילה, כאלטרנטיבה ראשונה להשמה חוץ ביתית, גם בהיותם של האנשים עם מוגבלות שכלית קשה ועמוקה ומוגבלויות פיזיות נוספות.

5. מתגברת המגמה כי במעונות הקיימים יקלטו בהשמות חדשות רק אוכלוסיות מורכבות הזקוקות לתמיכה אינטנסיבית במרבית תחומי החיים.

6. במקביל נעשות התאמות במעונות הקיימים, כך שסגנון פעולתם יהיה קהילתי יותר, והם יהוו קהילה לאנשים החיים בהם, תוך קיום אינטראקציות מרביות עם סביבתן. בוצעו שינויים ארגוניים המאפשרים הגברת השילוב של דיירי המעונות בקבלת שירותים ושילוב בקהילה.

7. החל ממצחצית 2014 החל בפעולתו צוות המונה 14 שותפים ובהם 6 משרדי ממשלה, המרכז לשלטון מקומי, ארגוני הורים וסנגור וכן קרנות הביטוח הלאומי וקרן שלם ושל נציגות המפעילים. תפקיד הצוות וועדות המשנה שהוקמו הוא לקדם וליישם את ביצוע תכנית המעבר לדיוור ושילוב בקהילה.

צוותי המשנה עוסקים בנושאים של הכנת המשפחות, הדיירים, הצוותים,

קהילה, שירותי הקהילה, בניית מודולים של הפעלה והתערבות.

כחלק מתהליך הלמידה של הוועדה, נתבקשו הכותבים להכין סקירת ספרות מקצועית רלוונטית.

סקירה זו מצורפת להלן.

ברצוני להודות להנהלת המשרד ובראשם למר יוסי סילמן , המנהל הכללי ,
חברי הנהלת האגף, והשותפים השונים בוועדות ולכותבי הסקירה על חלקם
עד כה ובהמשך- בביצוע מהלך חשוב ומשמעותי זה.
מהלך שאני תקווה יוביל לשינוי אסטרטגי ומשמעותי בתפיסת איכות החיים
של אנשים רבים.

בברכה
גדעון שלום
סמנכ"ל בכיר ומנהל האגף

אל-מיסוד (deinstitutionalization) מתייחס למעבר של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ממסגרות טיפול מוסדיות לדיור קהילתי. לדעת מנסל ואריקסון זוהי המדיניות החשובה ביותר בתחום המוגבלויות ההתפתחותיות בשני העשורים האחרונים (Mansell & Ericsson, 1996). אל מיסוד מתקשר במדינות רבות עם ממצאים לא מחמיאים שנתגלו על תנאי ואיכויות הטיפול הניתנים במעונות פנימייה בארצות הברית ומדינות אירופה. אל מיסוד מתקשר לחקיקת זכויות והתמורות שחלו בעולם המערב בהעדפת הטיפול בקהילה, המדגיש ערכי הכלה, שילוב והשתתפות בחברה (Young, Sigafos, Suttie, Ashman, & Grevell, 1998). תחילתה של מדיניות האי מיסוד בתחום מוגבלות שכלית התפתחותית, היא בשנות ה-70, אותה עת הושפעו מעצבי המדיניות מחופש הבחירה (Self Determination) ועיקרון הנורמליזציה שעיקרו לאפשר לאנשים עם מוגבלות לגור בסביבות פחות מגבילות (The Least Restrictive Environment) (Nirje, 1970). עקרון זה חל על כל רמות המוגבלות, ממוגבלות קלה עד חמורה (Parish, 2005).

יש לציין כי מעונות הפנימייה נחשבים על ידי פעילי זכויות כמפרים זכויות אדם. לדעתם, הטיפול הניתן בהם אינו מאפשר לגרים בהם חופש בחירה ולממש את זכויותיהם הבסיסיות כאזרחים הראויים להזדמנויות ולפרטיות (Mansell, Knapp, Beadle-Brown, & Beecham, 2007). ההסתייגות ממעונות פנימייה מודגש באמנה לזכויות האדם בתחום המוגבלות (the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities). האמנה היא הכלי הבין-לאומי של האו"ם לזכויות אדם ומטרתה להגן על זכויותיהם ועל כבודם של אנשים עם מוגבלות. המדינות החתומות על האמנה נדרשות לקדם, להגן ולהבטיח את זכויות האדם ושוויון תחת החוק של אנשים עם מוגבלות. מדינת ישראל חתמה אף היא על האמנה ביום 30 במרץ 2007 ואשררה אותה בספטמבר 2012. סעיף 19 באמנה מגדיר את זכותם של אנשים עם מוגבלויות לחיים עצמאיים בקהילה:

"מדינות שהן צדדים לאמנה זו מכירות בזכות השווה של כל האנשים עם מוגבלויות לחיות בקהילה, עם אותן אפשרויות בחירה ככל האחרים, ותנקוטנה אמצעים בני-תועלת והולמים כדי לאפשר לאנשים עם מוגבלויות הנאה מלאה מזכות זו, שילוב מלא בקהילה והשתתפות מלאה בה, לרבות בכך שתבטחנה כי:

(א) תהא לאנשים עם מוגבלויות הזדמנות לבחור את מקום מגוריהם והיכן ועם מי

יגורו, בשוויון עם אחרים, וכי לא יחויבו להתגורר בהסדר מגורים מסוים ;

(ב) תהא לאנשים עם מוגבלויות גישה למגוון שירותי תמיכה קהילתיים תוך-ביתיים, תלויי דיור ואחרים, לרבות סיוע אישי שנדרש כדי לתמוך בחיים בקהילה ובשילוב בה, וכדי למנוע בידוד או הפרדה מהקהילה ;

(ג) שירותים קהילתיים ומתקנים המיועדים לכלל האוכלוסייה יהיו זמינים לאנשים עם מוגבלויות באופן שווה, ויתנו מענה לצרכיהם¹.

האמנה מחייבת את המדינות החתומות עליה לפתח שירותים קהילתיים שיחליפו את המוסדות, בתהליך של "מימוש הדרגתי" (Progressive Realization). מדיניות האל-מיסוד מתנהלת במקומות שונים בעולם. בצידו האחד של הרצף, נמצאות מדינות סקנדינביה, ארה"ב, קנדה, אנגליה ואוסטרליה, בהן רוב האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית גרים וצורכים שירותים בקהילה. יש מדינות לא מעטות שנמנעות ממדיניות אי מיסוד, בהן רב האנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית גרים בחיק המשפחה. רוב מדינות העולם, נמצאות בתהליך מעבר ממודל מוסדי לקהילתי, בארצות אלה מתקיימת פעילות מכוונת לצמצום משמעותי במספר החוסים עד כדי סגירתם של מעונות הפנימייה. בשנים האחרונות, פועל השוק האירופאי באופן נמרץ לסגירתם של מעונות פנימייה גדולים במזרח אירופה תוך הקצאת משאבים רבים לפיתוח שירותים בקהילה (Mansell & Beadle-Brown, 2010). למרות שינויים תפיסתיים ומדיניים הקוראים להתערותם של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית בחברה, קיימים עדיין מדינות ספורות בעולם שמנסות לשמר ואף להרחיב את המוסדות (Shoultz, Walker, Taylor, & Larson, 2005). עיקר הטענות של המחייבים הן כלכליות, שכן המעבר ממודל מוסדי לקהילתי דורש בנית תשתיות מספיקות בקהילה.

על אף ההבדלים הקיימים בין מוסדות בגודל, ברמת הבידוד החברתי, בתנאים הפיזיים ובשיטות הטיפול, ניתן לזהות מאפיינים משותפים למסגרות מוסדיות. קינג ושותפיו (King, Raynes, & Tizard, 1971) פיתחו את הכלי "Resident Management Practices Inventory" למדידת רמת האוריינטציה המוסדית, כלי הבוחן עד כמה החיים במסגרת הם תחת שליטה, בניגוד למסגרת שמקדמת טיפול יחידני או בקבוצה קטנה. מוסדות גדולים, מספקים שירותים לעשרות, מאות ואפילו אלפי אנשים. שירותים אלו נוטים להיות מרוחקים והחוסים בהם אינם רשאים לעזוב אותם למקום אחר. באופן כללי, התשתיות ותנאי המחיה במוסדות הם ברמה נמוכה יותר, בהשוואה לאלה המתגוררים בדיור קהילתי. הטיפול המוסדי מאופיין כמרוחק מהקהילה, הצוות פועל על פי שגרה נוקשה תוך הדגשת חסר של בעלות על רכוש אישי או/ו

¹ <http://index.justice.gov.il/Units/NetzivutShivyonSite/mishpati/Pages/Amana.aspx>

העדפות אישיות. הגישה הכוללת למסגרות קהילתיות היא שונה ומכוונת לאפשר לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית להשתמש באותם שירותים קהילתיים הזמינים לכלל האוכלוסייה, לטפח את השתתפותם החברתית, על פי העדפותיהם האישיות ולקדם את איכות חייהם. בהתאם לכך, דיור קהילתי ממוקם בתוך החברה ומספק לדייריו את התמיכות הנדרשות להשתתפות מוצלחת בקהילה. כמו כן, הוא כולל אפשרויות דיור מגוונות, כדי שהאדם עם המוגבלות יוכל לבחור היכן ועם מי יתגורר (Mansell & Beadle-Brown, 2010).

בין סגנונות הדיור הקהילתי, קיימים 'בתים קבוצתיים' (Congregate Care), המופעלים על ידי סוכנויות מסוימות (המפעילים), מתגוררים בהם בין שלושה לשמונה דיירים, הנעזרים באנשי צוות המסופקים על ידי המפעילים. סגנון אחר מכונה 'דיור תומך' (Supported Living), גרים במסגרות אלה (בבעלותם או בשכירות) דיירים שבחרו לגור יחדיו, הם מקבלים שירותים שונים בקהילה, אך לא על ידי ספק יחיד. המתגוררים בדיור תומך מנהלים תקציב אישי, או מסתייעים באפוטרופוס (proxy) (Mansell & Beadle-Brown, 2010).

אחת השאלות המרכזיות קשורה בגודל הדיור קהילתי. קונרוי (Conroy, 2011), שסקר ספרות מקצועית רחבה, סבור שדיור קהילתי לא עולה על עשרה דיירים. להערכתו יש קשר ישיר בין הגודל למדדי איכות, כאשר דיירים במסגרות קטנות דיווחו על איכות החיים גבוהה יותר ומקיימים קשרי גומלין רבים יותר מאלה במסגרות גדולות. קונרוי, שהנו אחד החוקרים הידועים ביותר של מדיניות המעבר ממעונות פנימייה לקהילה סבור שהמספר האופטימאלי הוא ארבעה דיירים, למרות שרוב הדיירים מתגוררים בדירות של 4-6 דיירים.

המעבר מדיור מוסדי לקהילתי אינו רק פיזי אלא אידיאולוגי-תכניתי. קיימות מסגרות לא מעטות הנמצאות בקהילה אך הן בעלות אוריינטציה מוסדית. מבחינה זו, המעבר ממעון פנימייה לדיור קהילתי, דורש גם שינוי תפיסתי המחליף את הטיפול המוסדי לטיפול קהילתי. **טיפול קהילתי מספר עקרונות:** ראשית, זהו טיפול ממוקד באדם. השירותים מותאמים לצרכים, לרצונות ולשאיפות של כל אדם, מספקים סיוע לאדם להשיג את מטרותיו ומתאימים את סוג ורמת התמיכות לצרכיו בכל זמן נתון. שנית, טיפול קהילתי דוגל בתמיכה במשפחות ובחיי קהילה. השירותים מספקים סיוע לאדם, למשפחתו ולחבריו, כדי לאפשר להם לחיות כחלק מהקהילה. לבסוף, הטיפול הקהילתי מתייחס לכל תחומי החיים של הפרט ומספק לו את התמיכות לשם השגת איכות חיים גבוהה (Mansell et al., 2007).

התפתחות האל-מיסוד לפי מדינות

החיים במעונות פנימייה ('מוסדות') בינוניים וגדולים היה סגנון הדיור החוץ-ביתי השכיח לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. הגישה הרווחת הייתה כי אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מהווים נטל כבד על המשפחה ויש לפיכך להציע למשפחות טיפול מוסדי. הגישה הרווחת בקרב אנשים מקצוע הייתה שלטיפול בביתן או בקבוצה גדולה קבוצה יתרונות חינוכיים-קימומים ותקציביים. בהעדר חלופות דיור בקהילה הייתה נטייה להדגיש את המעון שמאפשר תנאי חיים יציבים והולמים בהשוואה לקהילה המדירה ונטולת תשתיות טיפול הולמות. אם ספק שהטיפול המוסדי מאפשר למדינה שליטה רבה יותר וניטור של אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (Mansell et al., 2007).

מדינות האל מיסוד החלה להתפתח בשנות ה-60 וה-70 של המאה העשרים באירופה וארצות הברית. המדינות המובילות בתחום האל-מיסוד באירופה היו נורבגיה ושוודיה, שם מעוגנת הזכות לגור בקהילה בחוק. מדינות אלה היו גם הראשונות שסגרו את מוסדות הפנימייה והעבירו את הדיירים לדיור מוגן בקהילה. יש לציין כי מגמה דומה נצפית בשלושים שנה האחרונות בבריטניה וארצות הברית אוסטרליה (Mansell, 2006).

האל מיסוד באירופה

ההשמה המוסדית באירופה החלה בתחילת המאה ה-19, במקביל למהפכה התעשייתית, תהליך העיור והיציאה לעבודה של גברים ונשים. במהלך שנות החמישים והששים של המאה העשרים החלה להישמע ביקורת כלפי המוסדות בעיקר בשל תנאי החיים הירודים ששררו בהם והיותם מבודדים ומודרים מהחברה. יש לציין כי לבד מהביקורת על המודל המוסדי, אנו עדים משנות הששים של המאה העשרים להתפתחותן של שלוש תנועות לקידום זכויות של אנשים עם מוגבלות שהשפיעו רבות על הלך הרוח ועל המעבר ממעונות פנימייה לדיור קהילתי. תנועת החיים העצמאיים (*Independent Living Movement*) הוקמה בארצות הברית עלי ידי אנשים עם מוגבלות פיזית שקראו למדינה לאפשר להם להחליט היכן יגורו או יטופלו ולהעניק להם משאבים ותשתיות שיאפשרו להם לחיות כמו כל אדם אחר בקהילה. התנועה האנטי-פסיכיאטרית אימצה את המודל החברתי לבריאות הנפש על פני המודל הרפואי והתמקדה בהעצמה והכוונה של אנשים

עם מוגבלות פסיכיאטרית לחיות בקהילה. תנועת האל-מיסוד וחיים בקהילה התמקדה בסגירת המוסדות הגדולים והחלפתם בסיוע אישי ובדיוור בקהילה.

תנועת האל מיסוד הלכה והתחזקה בשנות הששים של המאה העשרים באירופה. בתחילת דרכה הפרידה התנועה בין אנשים עם מוגבלות שכלית קלה לעומת מוגבלות קשה, תוך מאבק עיקש להעביר את האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ממעונות לקהילה. גישה זו הורחבה במהלך השנים וכללה דרישה לכלול במעבר לדיוור בקהילה גם את אלה עם מוגבלות שכלית בינונית וקשה. ניתן לציין מספר ציוני דרך לשינוי זה במדיניות: החלטת הפרלמנט האירופי מ-1996 על זכויות אנשים עם מוגבלות סימנה למדינות רבות לקדם חקיקה המדגישה הכלת אנשים עם מוגבלויות בקהילה ואימוץ מדיניות אנטי אפלייתית כלפי אנשים עם מוגבלויות. מגמה זו באה לידי ביטוי במגילת זכויות היסוד של האיחוד האירופי משנת 2000 (European parliament, 2000) עם איסור מפורש להפלות או לפגוע באדם בשל מוגבלותו. יש לציין כי עיגון הזכות לגור ולהשתתף בקהילה באירופה תואמת את אמנת האו"ם לזכויות אנשים עם מוגבלות (Mansell et al., 2007).

כאמור, בנורבגיה ובשוודיה סגרו את מעונות הפנימייה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בשנות ה-80 של המאה העשרים. מדינות אחרות באירופה כמו בלגיה, הולנד, גרמניה, ספרד ויוון, החלו לפתח לפני כשלושים שנה דיוור ותשתיות בקהילה, אך עדין קיימים בהן מעונות פנימייה. בריטניה היא דוגמה טובה למדינה שצמצמה באופן משמעותי את מספר המוסדות והדיירים הנמצאים בכל מעון. מאידך, המגמה של מעבר ממעונות פנימייה לדיוור קהילתי בצרפת הוא איטי יותר. במדינות מזרח אירופה המודל השכיח הוא מעונות פנימייה, עם כי כסף אירופאי רב מושקע באחרונה לקידום חלופות דיוור בקהילה (Mansell, 2006).

סקנדינביה תחילה

שבדיה היא אחת החלוצות באימוץ מדיניות אל מיסוד לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. תהליך האל-מיסוד בשוודיה התחיל בהשפעת עיקרון הנורמליזציה משנת 1946, אשר הציג חזון לחיים נורמאליים לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, והוביל להתפתחות הדרגתית של שירותים קהילתיים, מחוץ למוסדות. הדור הראשון של השירותים בקהילה סיפק שירותים לאנשים עם רמת מוגבלות קלה בלבד, הזקוקים לתמיכות מועטות. לעומתם, אנשים עם מוגבלות חמורה יותר המשיכו להתגורר במוסדות. מדיניות זו עוררה את התנגדותם של משפחות וגופי סגור שונים. הדור השני של השירותים הקהילתיים כלל סגירה מאסיבית של מעונות פנימייה ופיתוח מואץ של שירותי קהילה. הדור השלישי של השירותים מספק לכל אדם עם

מוגבלות שכלית תקציב אישי ותכנית דיור ותעסוקה המותאמת לצרכיו בקהילה בה הוא מתגורר. שבדיה היא דוגמה בולטת למדינה הרואה את החיים בקהילה זכות בסיסית של כל אדם (Ericsson, 2000).

תהליך דומה התרחש בנורבגיה, לאחר מלחמת העולם השנייה ועד 1976. בשלב ראשון פעלה הממשלה לצמצום והקטנת גודל המוסדות, תוך ניסיון לבורם כשלוחות בקהילה. רק בתחילת שנות ה-90 נסגרו אותן מעונות קטנים ומבוזרים והוקמה תשתית של דירות נתמך בקהילה על עיקרון של תקציב אישי. מגמה דומה התקיימה בפינלנד, איסלנד ודנמרק (Mansell & Ericsson, 1996).

בריטניה

החלופות לטיפול במוסדות צמחו בבריטניה במהלך שנות ה-50, בעקבות דרישה להקמתן של מסגרות דיור לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. ועדה ממשלתית המליצה בשנת 1954 על הקמתם של הוסטלים לאנשים עם מוגבלות שכלית קלה, כדי להפחית את תור הממתינים למעונות פנימייה. השירותים הקהילתיים הראשונים היו באחריותן של הרשויות המקומיות. מגמת האל מיסוד התחזקה בשל חשיפה של מספר שערוריות במוסדות, רובם קשורים בהעדר תנאים אנושיים הולמים. מצב זה אלץ את הממשלה לעשות רפורמה במוסדות הקיימים, אך בעיקר להסית משאבים לפיתוח יחידות ושירותים קהילתיים.

תחילתו של תהליך האל-מיסוד כלל יציאה של אנשים עם רמת מוגבלות קלה ממוסדות ומעבר לשירותים שהיו קיימים בקהילה כמו הוסטלים, דיור קבוצתי תומך, אומנה וכדומה. לקראת סוף שנות ה-70, גבר הלחץ להקמת בתים קטנים יותר בקהילה ורק במחצית השנייה של שנות ה-80, החלו להסגר מוסדות גדולים ומגמת האל-מיסוד הפכה למטרה עיקרית של הממשלה שקידמה התפתחותם של שירותים לדיור בקהילה עבור אנשים עם מוגבלות חמורה ומורכבת יותר. מודל זה שאף למסגרות דיור תומך, שבמרכזו האדם עם המוגבלות השכלית. אמנם המדיניות מדגישה דיור נתמך של עד ארבעה דיירים בדירה, אך כל קהילה סוברנית לקבל החלטה לגבי סוג וגודל הדירות מיועדות (Emerson & Hatton, 1996; Mansell & Ericsson, 1996).

אירלנד עברה שינוי מהותי במדיניות הדיור הקהילתי מאז שנות ה-60. הועדה הממשלתית שבחנה את השירותים לאנשים עם מוגבלות שכלית ונפשית הכירה כבר בשנת 1965 בעדיפותם של השירותים הקהילתיים על המוסדיים. מגמה זו התחזקה בשנות ה-70, בשל השפעתה של התנועה לחיים עצמאיים ובשנות ה-80 בשל פיתוח משמעותי של מסגרות דיור קהילתיות. התנועה להכלה חברתית קיבלה בשנות ה-90 דחיפה משמעותית מגישת הזכויות לאנשים עם מוגבלות באירלנד ובעולם כולו. תנועה זו הובילה להרחבה במספר מסגרות הדיור הקהילתיות. ב-1990 פורסם דו"ח מיוחד "Needs and Abilities" אודות שירותים לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, עם המלצה חד משמעית להעביר תוך פרק זמן סביר את החוסים מהמוסדות הסגורים הגדולים למסגרות דיור קהילתיות. כמו כן, הומלץ לתמוך במדיניות התמיכה במשפחות כדי שאנשים בוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית יוכלו להמשיך לגור בבית, ואם הדבר אינו אפשרי, יעברו בדיור נתמך בקהילה. הדו"ח אף הציע שלא לקבץ מספר רב של בוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במקום אחד, אלא לספק מסגרות דיור קטנות. תכנית המעבר ממוסדות לקהילה החלה ב-2002, וכתוצאה מממנה ירד מספר החוסים במוסדות. בשנת 2011, הציע דו"ח ממשלתי לסגור את כל המוסדות שנותרו ולהציע לעוזבי המעונות לגור בדירות של עד ארבעה דיירים. כן הוצע כי אנשים עם מוגבלות יקבלו את התמיכות הנחוצות לחיים עצמאיים והשתתפות בקהילה ויהיו זכאים לאותם שירותים חברתיים, בריאותיים ואזרחיים בקהילה, כמו שאר האוכלוסייה. כמו כן, תהיה להם גישה לשירותים מיוחדים, לפי מצבם האישי (Health Service Executive, 2011).

ארצות-הברית

תחילתו של האל-מיסוד בארה"ב בשנות ה-50, כשקבוצות הורים הפנו את תשומת הלב לתנאים הקשים הנהוגים במוסדות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. בשנות ה-60 התפתחו שירותים קהילתיים ברוב הערים בארצות הברית (Mansell & Ericsson, 1996). סגירת המוסדות החלה באמצע שנות ה-70, כאשר בשלב ראשון הם הוקטנו ובשלב השני נסגרו לצמיתות. הגורמים המרכזיים לסגירת המוסדות היו התקשורת שחשפה אי סדרים ותנאי חיים בלתי אנושיים ובמקביל שינוי תפיסתי בהתייחסות כלפי זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות בחברה האמריקאית (Shoultz et al., 2005). אולם, מגמת האל-מיסוד בארה"ב לא התרחשה באופן אחיד. קיימים הבדלים בין המדינות בקצב ותהליך סגירתם של המוסדות. לדאבון הלב, יש

מדינות מספר, ביניהן טקסס, בהם קיימים עדין מוסדות ממשלתיים (Parish, 2005). הזכות לחיים עצמאיים בקהילה מעוגנת בחוק השוויון האמריקאי (Americans with Disabilities Act) of 1990 (ADA) משנת 1990, לפיו, הפרדה מיותרת ובלתי מוצדקת מהחברה היא אפליה (Blanck, Hill, Siegal, & Waterstone, 2009).

לייקין ושותפיו (Lakin, Prouty, & Coucouvanis, 2006) דיווחו על שינויים בגודל מסגרות הדיור בארצות-הברית. בשנת 2000, 39% מהדיירים גרו במסגרות המאכלסות 1-3 אנשים וב-2005 מספרם עלה מספרם ל-45%. בראדוק ושותפיו (Braddock, Hemp, Rizzolo, Haffer, Tanis, & Wu, 2011) דיווחו כי בשנת 2009, 75% מהאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית בארה"ב התגוררו במסגרות דיור שונות המאכלסות עד שישה אנשים, 10% חיים במסגרות המאכלסות 7-15 אנשים ו-15% חיים במוסדות.

בהקשר זה, סקרה פאריש (Parish, 2005) את תהליך האל-מיסוד במדינת מישיגן וסיכמה את הגורמים שמקדמים וחוסמים את התהליך. במישיגן, הגורם החשוב ביותר שאפשר את האל-מיסוד היה מנהיגות מחויבת, שכללה עמותות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, מחוקקים, אנשי ממשל. ההנהגה הובילה חזון משותף לעבר תנועת הזכויות האזרחיות והביאה לכך שאחד המוסדות הגדולים פתח כבר בתחילת שנות ה-70 שלוחות בקהילה לאנשים עם מוגבלות שכלית קשה. יש לציין שמהלכים אלה לוו בחקיקה שאסרה על רשויות מקומיות להתנגד לבניית בתים של עד שישה אנשים לאנשים עם מוגבלות. בתי המשפט של מישיגן פסקו ב-120 תביעות לטובתם של אנשים עם מוגבלות שכלית, עובדה ששנתה את הלכי הרוח בציבור.

אוסטרליה

תהליך האל-מיסוד באוסטרליה החל 20 שנים מאוחר יותר מאשר בצפון אמריקה ובאירופה (Young & Ashman, 2004a). המדיניות החברתית כלפי אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית במהלך שנות ה-70 וה-80, הושפעה מעקרון הנורמליזציה. בשנת 1986 חוקק, The Disability Services Act, שהדגיש את שוויון הזכויות לו זכאים אנשים עם מוגבלויות ואת זכותם להשתתף בקבלת החלטות ובבחירות המשפיעות על חייהם. תקנה זו הניחה את התשתית

למגוון שירותים, כולל שירותי דיור המבוססים על צרכים אישיים (Young, 2006). תהליך האל-מיסוד באוסטרליה התבטא בהעברת אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית לדירות נתמכות (עד חמישה אנשים). ב-1993 החליטה ממשלת קווינסלנד על רפורמה במוסדות, הכוללת סגירה סופית של כל המוסדות שנתרו וקליטה בדירות בקהילה בלבד. שינויים פוליטיים בין השנים 1994-1997, יחד עם חוסר שביעות רצון של משפחות, אנשי צוות והציבור הרחב, הובילו להקמה של שני מרכזי דיור ממשלתיים שאכלסו עד 25 דיירים בסגנון דיור אשכולות (Cluster Housing). המוסד הגדול במדינה, "Challinor", נסגר לצמיתות ב-1998 וכל דייריו עברו לדיור בקהילה או למרכזי דיור, שסופקו על ידי הממשלה או על ידי המגזר הפרטי. ההחלטה לאן לעבור ניתנה לדייר, לאחר התייעצות עם המקורבים לו (Young & Ashman, 2004a). למרות השינויים המשמעותיים במדיניות הדיור, נותרו עדין באוסטרליה מספר קטן של מוסדות קטנים, בהם שוהים דיירים מבוגרים.

חסמים לאל-מיסוד

אחד החסמים הראשוניים לתנועת האל-מיסוד היא התפיסה של "יתרון הגודל". כאמור, במשך שנים רווחה הגישה כי מוסדות הם חסכוניים יותר מדיור קהילתי. לפי עקרון זה, לספקים גדולים תקורה נמוכה יותר ורמת תפוקה גבוהה יותר לכל עובד ולכל שעת עבודה. ברם, תפיסה זו נכשלה כאשר מיישמים אותה על מוסדות לאנשים עם מוגבלות-שכלית, שכן אינה לוקחת בחשבון את עקרון "התפוקה השולית הפוחתת", המניח שככל שהארגון מתרחב ונפתחים יותר יחידות, העלייה ביעילות נעצרת. על אף שמספר היחידות לייצור עולה, העלות של כל יחידה נותרת זהה. כשהספק הופך לגדול מידי, היעילות מתחילה לרדת ועלות כל יחידה מתחילה לעלות (Conroy, 2011).

נראה שהחסם המשמעותי ביותר לתנועת האל-מיסוד טמון בעמדה שמושמעת בקרב אנשי מקצוע בתחום מוגבלות-שכלית-התפתחותית. להערכתם קיימות קבוצות שלא יכולות לקבל תמיכות במסגרות דיור קהילתי, כגון אנשים עם בעיות התנהגות או הפרעות נפשיות, אנשים עם צרכים רפואיים מורכבים, כמו גם אנשים שגדלו והזדקנו במוסדות (Shoultz et al., 2005). אך טענות אלה אינן נתמכות במחקר אמפירי, ממצאי מחקרים שיוצגו בהמשך, מציגים תמונה ברורה: שירותים קהילתיים מיטיבים יותר עם כלל האנשים עם מוגבלות-שכלית-התפתחותית, מאשר דיור מוסדי (Mansell, & Beadle-Brown, 2010). כך למשל סקירת מחקרים מראה שהמעבר מדיור מוסדי לקהילתי הביא לשיפור משמעותי בהתנהגות המסתגלת ובהתנהגות המאתגרת של אנשים מאותגרים התנהגותית (Kim, Larson, & Lakin, 2001). ממצאים נוספים מראים כי אנשים עם צרכים רפואיים מורכבים יכולים בהחלט לגור בקהילה, תוך שהם מקבלים שירותים רפואיים וסיעודיים בקהילה. על הצוות המטפל או בני משפחה לקבל הדרכה כיצד לטפל בהם בקהילה (Shoultz et al., 2005).

טענה נוספת שמושמעת לא אחת על ידי ספקי השירותים היא כי אנשים שהזדקנו במוסדות מעדיפים בדרך כלל להישאר בהם, גם כשמציעים להם חלופה בקהילה. העדפה זו מבוססת לרב על חוסר ניסיון במגורים מסוג אחר, פחד משינוי וחשש מפרידה מחברים קרובים ואנשי צוות במוסד. אך המחקר האמפירי מציד את יתרונותיו של הדיור בקהילה לאוכלוסייה זו,

ההתנסות בקהילה חושפת קבוצה זו להזדמנויות רבות ומשפרת באופן מובהק את רמת בריאותם וקשרים חברתיים (Shoultz et al., 2005).

חסם נוסף קשור לעמדות של משפחות ביחס לאל-מיסוד. ההתנגדות לשינוי מגיעה פעמים רבות מבני המשפחה של אדם שחי במוסד שנים רבות. יחד עם זאת, למרות שהורים ובני משפחה מביעים התנגדות למעבר ממוסד לקהילה, נמצא שהעמדה שלהם משתנה לאחר המעבר לדיור קהילתי (Larson & Lakin, 1991). גם סוגיית כוח האדם בדיור הקהילתי מהווה חסם לאל-מיסוד. הגיוס, ההכשרה והשימור של אנשי צוות לדיור קהילתי הן משימות לא פשוטות, שכן, ברב המדינות, השכר וההטבות של אנשי צוות בקהילה הם נמוכים יותר בהשוואה לתנאי העבודה במוסדות. על מנת להתגבר על חסם זה, יש להשוות את התנאים של צוות בקהילה לתנאים הנהוגים בתחום במוסדות (Shoultz et al., 2005).

קידום מדיניות אל-מיסוד

על מדיניות אל מיסוד להתבסס על ממצאים אמפיריים שתומכים בשינוי המצב הקיים. באופן כללי, ניתן לומר שכאשר אנשים עוברים מדיור במוסדות לדיור בקהילה, קיים שיפור רב באיכות חייהם. באופן ספציפי יותר, אנשים מראים שיפור בהתנהגות המסתגלת ועצמאות בתחומים כמו טיפול עצמי, השתתפות קהילתית, מיומנויות פנאי ובחירה. כמות ואיכות קשרי הגומלין עם הצוות, המשפחה והחברים עולות אף הן כשהאדם עובר לדיור קהילתי (Young et al., 1998) (הרחבה בהמשך).

בהקשר זה, סיכמו החוקרים מנסל ובידל-בראון (Mansell & Beadle-Brown, 2010) שדיור קהילתי מציע סגנון חיים ואיכות חיים משופרים לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, כאשר הממצאים מתייחסים לכל סוגי הדיור המוסדי, כולל מוסדות חדשים או משופצים. הם הוסיפו שהצלחת הדיור הקהילתי דורשת תשומת לב רבה לאופן הפעלתו, במיוחד לאיכות התמיכה של הצוות. דגש מיוחד הושם על ביסוס הטענה שדיור קהילתי אינו יקר יותר מדיור מוסדי, כאשר ההשוואה נעשית על בסיס צרכים ואיכות הטיפול. כאשר קובעי המדיניות משווים בין עלויות של מסגרות דיור, יש להתייחס גם לעלות וגם לאיכות השירות ולערוך השוואות על בסיס הצרכים של הדיירים. לדוגמה, כאשר השירותים הקהילתיים נותנים מענה לאנשים עם מוגבלות קלה בלבד, הם יהיו זולים יותר ממוסדות. לעומת זאת, כאשר הם משרתים גם אנשים עם מוגבלות חמורה, הם יהיו שווים או לעיתים יקרים במקצת (Mansell et al., 2007).

אריקסון (Ericsson, 2000) טען שבסגירת המוסדות יש להתמקד בתהליך, יש להבטיח שהמעבר לקהילה ישפר את איכות החיים. תכנון ופיתוח שירותים בקהילה צריכים להתחשב בטווח רחב של צרכים, שכן, אנשים מסוימים מסוגלים לחיות באופן עצמאי, עם מעט תמיכה, בעוד אחרים זקוקים לתמיכה מתמדת מהצוות כדי לתפקד בבית ובקהילה. גם בהתייחסות לאותו אדם, הצרכים משתנים עם הזמן. ישנן תקופות בו הוא זקוק למעט סיוע ויש תקופות בהן הוא זקוק ליותר (Mansell et al., 2007; Mansell & Beadle-Brown, 2010). לפיכך, יש חשיבות לנטר ולמדוד את השינויים המתקיימים באיכות חייהם של הדיירים לאורך זמן.

קידום מדיניות אל-מיסוד מחייבת שינוי מהותי בעמדות הציבור כלפי אנשים עם מוגבלות.. כפי שניתן ללמוד מהמקרה של שוודיה, העמדה הרווחת הייתה שאנשים עם מוגבלות יכולים לחיות בקהילה רק אם הם מסוגלים לכך. פרספקטיבה זו הוחלפה בגישה אזרחית, הרואה בחיים בקהילה זכות של כל אדם (Ericsson, 2000). השירותים הקהילתיים הניתנים לכלל האוכלוסייה צריכים אף הם להיות מותאמים ונגישים לאנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית (Mansell & Beadle-Brown, 2010).

קידום מדיניות חברתית למען אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית כרוך בהבנת התרבות הפוליטית. במדינות עם תרבות פוליטית מתקדמת (פרוגרסיבית), האסטרטגיה המבטיחה ביותר לקידום מדיניות היא באמצעות הנהגה אסרטיבית שרותמת קואליציות פוטנציאליות ועובדת עם המדיה. לעומת זאת, במדינות עם תרבות פוליטית שמרנית, הסטאטוס קוו נשמר ומקבל ביטוי במוסדות ובחינוך נפרד לאנשים עם מוגבלות. במדינות כאלה, האתגר הוא למתן את השירותים הקיימים. כיוון שחתירה לשינויים מהותיים במדיניות יפסלו במקום, השיטה המומלצת היא להציע שינויים גורפים לצד שינויים הדרגתיים. שינויים הדרגתיים שאינם מאיימים על השירותים הקיימים, יניבו התקדמות קטנה, אך יבנו את היסודות לשינויים גורפים. כמו כן, מומלץ לבסס שיתוף פעולה בין ארגונים שונים עם מטרה משותפת ולכלול אנשים עם מוגבלות חמורה במדיניות ובתהליכים המובילים אליה (Parish, 2005).

סקירת מחקרים ואינדיקטורים

קיימת ספרות מחקרית ענפה בתחום האל-מיסוד, הכוללת מחקרים אמפיריים סטנדרטיים וmeta analysis, המסכמים ממצאים ממחקרים שונים, חלקם עוסקים בתחום ספציפי כמו התנהגות מאתגרת ואיכות חיים, ואחרים כוללים טווח רחב של מדדים. התחום החברתי, למשל, זוכה לתשומת לב נרחבת בספרות המחקרית. מחקרים רבים עוסקים בהשפעת המעבר מדיור מוסדי לקהילתי על היבטים שונים בחיים החברתיים של הדיירים, החל מפרספקטיבה רחבה על השילוב החברתי ועד לרזולוציות גבוהות יותר, כמו גודל הרשת החברתית ותדירות הקשרים בה.

אגר ושותפיו (Ager, Myers, Kerr, Myles, & Green, 2001) בדקו את השינוי ברמות השילוב החברתי ואיכות החיים של 76 דיירים שעברו לדיור קהילתי, בעקבות סגירת מוסד באדינבורו, סקוטלנד. המדדים נלקחו לפני המעבר ולאחר 6-9 חודשים מאז המעבר. לאחר המעבר לדיור קהילתי, נראה שיפור באיכות החיים ובשילוב החברתי. יחד עם זאת, יש לסייג את העלייה בשילוב החברתי. אנשי צוות שמכירים היטב את הנבדקים, נתבקשו למלא יומן מעקב, הממפה את הפעילות החברתית של הדיירים. יומן זה חשף שלמרות העלייה המשמעותית בנוכחות הדיירים בקהילה, האינטגרציה החברתית נותרה מוגבלת, משום שהיא נשענה על קשרים חברתיים עם אנשי צוות ועל פעילות חברתית במסגרות סגורות.

בקר (Baker, 2007) בחן אף הוא את השילוב הקהילתי של אנשים שעברו מדיור מוסדי לקהילתי. מטרת מחקרו הייתה להעריך את השפעת המעבר לדיור קהילתי על ההשתתפות הקהילתית של הדיירים ולזהות את הגורמים התורמים לה. בקר הוסיף למדד השילוב התייחסות להצבת יעדים ותכנון של ההשתתפות הקהילתית. הנבדקים נתבקשו לתכנן פעילות ו/או אינטראקציה חברתית ספציפית ולתכנן את התנאים ומסגרת הזמן להוצאתן לפועל. הוא השווה בין 28 אנשים שעברו ממוסד לבתים קבוצתיים בקהילה לבין קבוצת ביקורת, שכללה 34 אנשים שכבר גרים בדיור קהילתי, אליו הועברו לפני שנים מדיור מוסדי. ממצאי המחקר הצביעו על כך שהמעבר לקהילה הגביר את הגישה למגוון רחב של פעילויות בקהילה. המנבאים המשמעותיים להשתתפות קהילתית הם סגנון מגורים לא מוסדי, רמות גבוהות של התנהגות מסתגלת, מטרות

ספציפיות להשתתפות. משתנים אלו הסבירו 38% מהשונות בהשתתפות הקהילתית. באופן מפתיע, לא נמצא קשר בין ההתנהגות המאתגרת להשתתפות הקהילתית.

למרות הקשר בין אל-מיסוד לעלייה בשילוב ובהשתתפות החברתית, עולה השאלה האם גם הרשת החברתית מתרחבת, או שמא היא נשארת מצומצמת ומורכבת מאנשים שקשורים למסגרות הטיפול השונות? חקירה מעמיקה של הקשרים החברתיים הלא-פורמאליים של אנשים שעברו מדיוור מוסדי לקהילתי, ניתן לראות במחקרו של ביגבי (Bigby, 2008). במחקר נאספו נתונים אודות מערכות היחסים של 24 דיירים, שעזבו מוסד גדול במלבורן שבאוסטרליה לדיוור קהילתי. המעקב כלל מדידה אחת לפני עזיבת המוסד ומדידות נוספות כשנה, שלוש שנים וחמש שנים לאחר המעבר. הממצאים מציגים כי המעבר מהמוסד לדיוור הקהילתי, לא שפר באופן מובהק קשרים חברתיים חדשים והקשר עם המשפחה לא השתנה ובמקרים אחדים אף פחת. יש לציין כי מלכתחילה, לרב הנבדקים לא היו חברים ללא מוגבלות שכלית-התפתחותית ולא היו בני משפחה שמעורבים בחייהם.

החוקרים וומאייר ובודינג (Wehmeyer & Bolding, 2001) הרחיבו את ההסתכלות למעבר בין מסגרות בעלות מאפיינים מוסדיים למסגרות קהילתיות, הן בתחום המגורים והן בתחום התעסוקה. במחקרם הגדירו שלושה סוגי מסגרות: קהילתית, קהילתית-סגורה ולא קהילתית. החוקרים התעניינו בשינויים בהגדרה העצמית (self-determination), באוטונומיה, ובבחירה, לפני ואחרי המעבר ממסגרת מוסדית לקהילתית (מסגרת עבודה או מגורים), משום שמדדים אלו נמצאו קשורים לאיכות החיים של דיירים. הדגימה כללה 31 נבדקים, עם רמת מוגבלות המאפשרת להם לענות על כלי המחקר. חלקם עברו מדיוור מוסדי לקהילתי, חלקם מסביבת עבודה מוסדית לקהילתית ומספר נבדקים עברו למסגרת דיוור ולסביבת עבודה קהילתיות. הממצא המובהק שנמצא שהמעבר לדיוור קהילתי שיפר באופן מובהק את ההגדרה העצמית והעצמאות של הדייר ובעיקר הציע לו יותר הזדמנויות.

החוקרים יאנג ואשמן (Young & Ashman, 2004b) ליוו את סגירתו של המוסד "Challinor" באוסטרליה. הם התעניינו בקשר בין מעבר מדיוור מוסדי לדיוור קהילתי לבין התנהגות מסתגלת, בלתי מסתגלת, הזדמנויות לבחירות אישיות ואיכות החיים של הדיירים. מדידות חוזרות נעשו בקרב 104 נבדקים, רובם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית בינונית וחמורה, שנבדקו כחצי שנה לפני המעבר וגם כחודש, שישה חודשים, 18 חודשים ו-24 חודשים

לאחריו. בשל רמת המוגבלות, כלי המחקר מולאו על ידי אנשי צוות, שמכירים היטב את הנבדקים. ממצאי המחקר הראו כי לאחר שנתיים מהמעבר מהמוסד לדיוור הקהילתי, נצפה שיפור מובהק ברמות ההתנהגות המסתגלת, ביכולת לבצע בחירות אישיות ובאיכות החיים. מאידך, לא נמצא שינוי ברמות ההתנהגות הבלתי מסתגלת וזו נותרה יציבה לאחר המעבר. החוקרים הסיקו שגם אנשים מזדקנים, אנשים עם רמת מוגבלות שכלית- התפתחותית חמורה ואנשים שחיו במסגרת מוסדית רב חייהם, יכולים ליהנות מהמעבר לדיוור קהילתי.

מדדים אלה נבדקו שוב במחקר מאוחר יותר של יאנג (Young, 2006), אך ההשוואה נערכה בין 30 אנשים שעברו מדיוור מוסדי לקהילתי לבין 30 אנשים שעברו למרכזי דיוור. מרכזי דיוור הם מוסדות קטנים, המכילים בתים שמייצגים את סגנון המגורים הרגיל בפרברים. במוסדות אלה ניתנים שירותים 24 שעות ביממה ל-25-12 אנשים. הנבדקים, אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית בינונית וקשה עם התנהגות מאתגרת, חולקו ל-30 זוגות, עם התאמה במאפיינים האישיים. גם במחקר זה, נמצא שהתנהגות מסתגלת, הזדמנויות לבחירה אישית ואיכות החיים היו גבוהות יותר בשתי הקבוצות, לאחר המעבר לדיוור קהילתי. כמו כן, לא נמצא שינוי בהתנהגות הבלתי מסתגלת, לאחר המעבר. המחקר מצביע באופן ברור כי אלה שעברו לדירות קטנות שפרו באופן מובהק את תפקודם לעומת אלה שהושמו במרכזי דיוור.

כמות המחקרים הרבה שעסקה בהשפעת המעבר מדיוור במוסדות לקהילה, הביאה חוקרים לערוך סקירות מקיפות, חלקן בחנו טווח רחב של מדדים וחלקן התעמקו בתחום מסויים. הסקירה של אמרסון והאטון (Emerson & Hatton, 1996) סיכמה ממצאים מ-71 מחקרים, שנערכו בבריטניה ואירלנד, ביחס למגוון מדדים. מחקרים אלה כללו 2350 אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית. הסקירה העלתה שהמעבר ממסגרת דיוור מוסדית למסגרת פחות מוסדית, כמו הוסטל או דיוור מוגן, קשור לשיפור בתנאי החיים הפיזיים, עליה בשביעות הרצון של הדיירים, שיפור בהתנהגות המסתגלת, עליה בהשתתפות בפעילויות קהילתיות וחיזוק הקשרים עם בני משפחה וחברים והקשר עם הצוות. לא נמצא הבדל בהתנהגות המאתגרת. ממצאים אלו מדגימים שהשיפור במדדים השונים מתקיים גם בקרב אנשים עם מוגבלות חמורה ובקרב אנשים עם התנהגות מאתגרת.

ממצאים דומים מצאו יאנג ושותפיה (Young et al., 1998), שסקרו מחקרים אוסטרליים אודות אל- מיסוד וחיים בקהילה של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית.

שכלול ממצאים מ-13 מחקרים, שדגמו 289 דיירים, העלה שהמעבר לדיור קהילתי קשור לשיפור בהתנהגות המסתגלת, עלייה בהשתתפות הקהילתית ושיפור קשר עם בני משפחה וחברים. דיור קהילתי נמצא קשור לשביעות רצון כללית גבוהה יותר, מצד הדיירים עצמם ומצד הוריהם. לא נמצא שינוי בהפרעות התנהגות, בריאות ותמותה.

קוזמה ועמיתיה (Kozma, Mansell, & Beadle-Brown, 2009) ניתחה ממצאים מ-68 מחקרים שבוצעו בין השנים 1997 ל-2007. בתחום החברתי, נמצא שמסגרות קטנות בקהילה מציעות מעורבות חברתית רבה יותר, מאשר מסגרות גדולות. עם זאת, אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית מפגינים, באופן כללי, מידת נוכחות והשתתפות נמוכות בקהילה, בכל סוגי מסגרות הדיור. מסגרות קטנות גם קשורות לכמות חברים רבה יותר, זאת ועוד, לאלה הגרים במסגרות דיור קהילתיות יש יותר חברים מחוץ למסגרת הדיור, הם מוכרים יותר על ידי השכנים שלהם וזוכים לביקורים רבים יותר. למרות זאת, חשוב לציין כי לא נמצא קשר בין סוג וגודל המסגרת לבין בדידות וקשר עם המשפחה. בבחינת השפעת המעבר ממסדות לקהילה על מיומנויות אישיות, נמצא שמסגרות קהילתיות קשורות לשיפור ההתנהגות המסתגלת וכי הן מציעות יותר הזדמנויות להגדרה עצמית ולבחירה, מאשר מסגרות גדולות וסגורות. גם כאן, חשוב לסייג שמסגרות קטנות אינן מבטיחות בחירה. הזדמנויות לביצוע בחירות תלויות בצורה ניכרת בצוות ובאווירה של המסגרת. באופן כללי, ממצאי הסקירה מצביעים על כך שמעבר לקהילה קשור לאיכות חיים טובה יותר ולשביעות רצון ממסגרת המגורים.

סקר רחב של פרויקטים ארוכי טווח נערך על ידי קונרוי (Conroy, 2011) שרכז נתונים על אל-מיסוד מפרויקטים בקליפורניה, אינדיאנה, אוקלהומה ומישיגן. בקליפורניה, מסגרות דיור קטנות יותר נמצאו קשורות להתפתחות רבה יותר בתחומי ההתנהגות המסתגלת ועצמאות בתפקוד, יותר אינדיבידואליזציה והזדמנויות לבחירה אישית ואיכות חיים גבוהה יותר, בהשוואה למסגרות גדולות. התחום היחיד בו למסגרות גדולות היה יתרון הוא באיכות הפיזית, כלומר, הן נמצאו נקיות ומסודרות יותר מהמסגרות הקטנות. גם באינדיאנה, נמצא שבתים קטנים הם איכותיים יותר מגדולים, מלבד במדד האיכות הפיזית. בתים קטנים קשורים לרמה גבוהה יותר של יציאה מהבית לפעילות בקהילה ולרמה גבוהה יותר של הגדרה עצמית. באוקלהומה נמצא קשר חזק בין גודל הבתים לבין איכותם, כך שבכל המדדים, ככל שהמסגרת קטנה יותר, היא איכותית יותר. בבתים קטנים נראה שיפור במיומנויות הטיפול העצמי, באינטגרציה החברתית בקהילה, בהגדרה העצמית ובהזדמנויות לבחירה אישית. איכות החיים גבוהה יותר במסגרות

קטנות, כאשר שביעות הרצון מהחיים היא הגבוהה ביותר בבתים של שלושה אנשים. הפרויקט במישיגן הניב ממצאים דומים. מסגרות קטנות יותר קשורות לרמות גבוהות של אינטגרציה חברתית, הזדמנויות לבחירה אישית ואיכות חיים.

קים ושותפיה (Kim et al., 2001) התמקדו בשינוי בהתנהגות המסתגלת ובהתנהגות המאתגרת וסיכמו ממצאים מ-33 מחקרים, שנערכו בארצות-הברית בין השנים 1980-1998. הסקירה העלתה שהמעבר לדיור קהילתי קשור לשיפור בהתנהגות המסתגלת ולשיפור או היעדר שינוי בהתנהגות המאתגרת. נראה כי מסגרות קהילתיות מתמודדות ביעילות עם התנהגות מאתגרת, לפחות כמו במוסדות. ממצאי המחקר חשובים ורלוונטיים ביותר בדחייתם את הטענה, שהתנהגות מאתגרת מחריפה בעקבות המעבר ממסגרת מוסדית למסגרת קהילתית.

דוגמה נוספת לסקירה ממוקדת היא של צ'וודהורי ובנסון (Chowdhury & Benson, 2011). אלה שקדו על 15 מחקרים, העוסקים באיכות חיים של 1238 אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, שעברו מדיור מוסדי לקהילתי. נמצא שהמעבר מדיור מוסדי לקהילתי משפר את איכות החיים של הדיירים, אם כי השיפור שלאחר המעבר, מתייבב כשנה לאחריו. השיפור הבולט ביותר באיכות החיים התרחש בין חצי שנה לשנה לאחר המעבר. לאחר מכן, איכות החיים התייבבה או ירדה. כמו כן, דיירים ממשיכים להראות רמות נמוכות של שילוב בקהילה, כלומר, למרות שהנוכחות בקהילה היא גבוהה יותר לאחר המעבר לדיור קהילתי, אין הדבר מתבטא בהשתתפות קהילתית רבה יותר. החוקרים הסיקו שכאשר שירותים קהילתיים מגדירים את השיפור באיכות החיים כיעד, חשוב שיפרטו זאת למימוש ההזדמנויות הקיימות בקהילה. טבלה מס' 1 מסכמת את כל המחקרים שצוטטו בסקירה לעיל וטבלה 2 את המדדים והאינדיקטורים להערכה.

טבלה 1. סיכום המחקרים העיקריים

מחברים	מדינות	המחקרים שנכללו בסקירה	ממצאים עיקריים
Emerson & Hatton (1996)	בריטניה ואירלנד	71 מחקרים (2350 נבדקים)	בהשוואה למוסדות, מסגרות קהילתיות קטנות קשורות להשתתפות חברתית רבה יותר, יותר קשרים עם אנשי הצוות, שימוש רב יותר במתקני קהילה, עליה בהתנהגות המסתגלת, הפחתה בהתנהגות המאתגרת הנצפית, עליה בהזדמנויות לבחירה, עליה בקשרים עם משפחה וחברים, תנאי חיים חומריים משופרים, קבלה על ידי הקהילה. לא נמצא הבדל בהתנהגות המאתגרת המדווחת.
Young et al., (1998)	אוסטרליה	13 מחקרים (289 נבדקים)	השמה במסגרות קהילתיות קשורה לעלייה בהתנהגות המסתגלת, השתתפות קהילתית רבה יותר ושיפור בקשר עם משפחה וחברים. לא נמצא הבדל בבעיות התנהגות, בריאות ותמותה.
Kim et al., (2001)	ארה"ב	33 מחקרים שבוצעו בין השנים 1980-1999	אל-מיסוד קשור לשיפור בהתנהגות המסתגלת. מספר מחקרים מצאו שיפור בהתנהגות המאתגרת, אך יותר נחקרים דיווחו על היעדר שינוי.
Kozma et al., (2009)	רב המחקרים ממדינות דוברות אנגלית, מלבד 9 מחקרים שנערכו בהולנד, פינלנד, טייוון ונורבגיה.	68 מחקרים שבוצעו בין השנים 1997-2007	התחומים בהם דיור קהילתי מיטיב יותר עם הדיירים, בהשוואה לדיור מוסדי הם: נוכחות והשתתפות קהילתית, רשת חברתית וחברויות, קשר עם משפחה, הגדרה עצמית ובחירה, איכות חיים, התנהגות מסתגלת ושביעות רצון של הדיירים ומשפחותיהם. בשלושה תחומים, דיור קהילתי אינו מניב תוצאות טובות יותר: התנהגות מאתגרת, טיפול תרופתי פסיכו-טרופי ותמותה.
Chowdhury & Benson (2011)	בין-לאומי	15 מחקרים שבוצעו בין השנים 1980-2009	סקירה זו התמקדה באיכות החיים לאחר מעבר מדיור מוסדי לקהילתי. נמצא שלמעבר יש השפעה חיובית על איכות החיים של הדיירים. השיפור המשמעותי ביותר מתרחש בשנה שלאחר המעבר ומשם איכות החיים מתייצבת. גם לאחר מעבר לסגנון מגורים קהילתי, עדיין נראות רמות נמוכות של שילוב בקהילה.

טבלה 2: סכום של מדדים ואינדיקטורים להערכה

נוכחות והשתתפות קהילתית

מחקר	מדד	כלי המחקר
Baker (2007)	השתתפות קהילתית	The Guernsey Community Participation and Leisure Assessment (GCPLA) (Baker 2000)
Baker (2007)	תכנון השתתפות קהילתית	כלי להערכת הצבת יעדים ותכנון השתתפות קהילתית
Ager et al., (2001)	מעורבות קהילתית	the Index of Community Involvement (ICI) (Raynes et al. 1989)
Ager et al., (2001)	קשרים ופעילות חברתית	יומן שממלא איש צוות למיפוי הקשרים החברתיים של הנבדק לאורך 7 ימים
Heller, Miller, & Factor (1998)	שילוב קהילתי	Community Integration Scale (Heller & Factor 1991).
Cooper & Picton (2000)	שילוב קהילתי	The quick screening version of the Community Living Skills Screening Test (CLSST) (Schalock & Gadwood, 1980).

רשת חברתית

מחקר	מדד	כלי המחקר
Bigby (2008)	מדדי רשת חברתית	social network analysis (Tracey and Whittaker, 1990).
Heller et al. (1998)	מדדי רשת חברתית	Community Integration Scale (Heller & Factor 1991).

קשר עם המשפחה

מחקר	מדד	כלי המחקר
Bigby (2008)	קשר עם המשפחה	ראיון טלפוני עם המשפחה אודות קשרים של המשפחה עם הנבדק, לפני ואחרי המעבר.
Heller et al. (1998)	מפגשים עם משפחה וחברים מחוץ למסגרת המגורים	Community Integration Scale (Heller & Factor 1991).
Spreat, Conroy, & Rice (1998)	קשר עם המשפחה	Oklahoma administers the Developmental Disabilities Quality Assurance Questionnaire (DDQAQ; Oklahoma State University, 1991)

עמדות ושביעות הרצון של המשפחה ממהלך האל-מיסוד

מחקר	כלים
Tabatabainia (2003)	ראיון
McConkey, McConaghie, Mezza, & Wilson (2003)	ראיון
Spreat & Conroy (2002)	Oklahoma administers the Developmental Disabilities Quality Assurance Questionnaire (DDQAQ; Oklahoma State University, 1991)
Bigby (2008)	ראיון טלפוני עם המשפחה אודות שביעות הרצון של המשפחה מהמעבר לדיור קהילתי.

התנהגות מסתגלת

מחקר	מיד	כלי המחקר
Young & Ashman (2004b)	התנהגות מסתגלת	Adaptive behavior scale residential and community 2 nd edition (ABS) part 1 (Nihira et al., 1993)
Baker (2007)	התנהגות מסתגלת	Adaptive Behavior Scale (ABS) (1st Edition) Part 1 (Nihira et al. 1974).
Young (2006)	התנהגות מסתגלת	The Adaptive Behaviour Scale – Residential and Community (ABS) (Nihira et al.1993)
Heller et al. (1998)	תפקוד במגוון פעילויות יום-יומיות.	Inventory for Client and Ageing Planning (ICAP: Bruininks et al. 1986).
Spreat et al. (1998)	התנהגות מסתגלת	Behavior Development Survey (Conroy and Bradley, 1985) Source: Oklahoma administers the Developmental Disabilities Quality Assurance Questionnaire (DDQAQ; Oklahoma State University, 1991)
Kearney , Bergan, & McKnight (1998)	התנהגות מסתגלת	modified version of the Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS; Sparrow <i>et al.</i> , 1984).
Golding, Emerson, & Thornton (2005)	התנהגות מסתגלת	Adaptive Behaviour Scale–Residential and Community Second Edition (Nihira et al., 1993).
Macleod, Morrison, Swanston, & Lindsay (2002)	התנהגות מסתגלת	The Vineland Adaptive Behaviour Scale (VABS; Sparrow et al. 1984)

התנהגות בלתי מסתגלת

מחקר	מדד	כלי המחקר
Young & Ashman (2004b)	התנהגות בלתי מסתגלת	Adaptive behavior scale residential and community 2 nd edition (ABS) part 2 (Nihira et al., 1993)
Young (2006)	התנהגות בלתי מסתגלת	The Adaptive Behaviour Scale – Residential and Community (ABS) (Nihira et al.1993)
Kearney et al. (1998)	התנהגות בלתי מסתגלת	Vineland Maladaptive Behavior Scale (VMBS),
Golding et al. (2005)	התנהגות בלתי מסתגלת	Adaptive behavior scale residential and community 2 nd edition (ABS) part 2 (Nihira et al., 1993)

התנהגות מאתגרת

מחקר	מדד	כלי המחקר
Baker (2007)	הפרעות התנהגות	Behavior Problems Inventory (BPI) (Rojahn 1992, 1994)
Nøttestad & Linake (1999; 2002; 2003)	הפרעות התנהגות	Forms of disruptive behaviour and passivity were identified by questions of whether the behaviours had occurred during the previous year or not.
Cooper & Picton (2000)	תדירות התנהגות מאתגרת	The maladaptive behavior subscale of the Behavior Development Survey (BDS) (Conroy et al., 1982; Eyman& Call, 1977).
Spreat et al. (1998)	חומרת התנהגות שאינה מקובלת	The modified Behavior Development Survey (Conroy and Bradley, 1985) Source: Oklahoma administers the Developmental Disabilities

Quality Assurance Questionnaire (DDQAQ; Oklahoma State University, 1991).		
Checklist of Challenging Behaviour (CCB; Harris et al. 1994)	התנהגות מאתגרת	Macleod et al. (2002)
Adaptive behavior scale residential and community 2 nd edition (ABS) part 2 (Nihira et al., 1993)	התנהגות מאתגרת	Golding et al. (2005)

בחירה

מחקר	מדד	כלי המחקר
Wehmeyer & Bolding (2001)	בחירה	Life Choices Survey (LCS) (Kishiet al. 1988)
Young & Ashman (2004)	בחירה	Resident Choice Assessment scale (RCAS) (Kearney et al., 1995)
Young (2006)	בחירה	Resident Choice Assessment Scale (RCAS) (Kearney et al., 1995)
Kearney et al. (1998)	בחירה	Resident Choice Assessment Scale (RCAS),

קבלת החלטות

מחקר	מדד	כלי המחקר
Heller et al. (1998)	הזדמנויות לקבלת החלטות	Decision Making Scale from the Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP) (Moos & Lemke 1984).

הגדרה עצמית

מחקר	מדד	כלי המחקר
Wehmeyer & Bolding (2001)	Self-Determination	The Arc's Self-Determination Scale: Adult Version (SDS) (Wehmeyer & Kelchner 1995).

אוטונומיה

מחקר	מדד	כלי המחקר
Wehmeyer & Bolding (2001)	עצמאות בתפקוד	The Autonomous Functioning Checklist (AFC): Self- Report Version (Wehmeyer & Kelchner 1995; Sigafos <i>et al.</i> 1988).

איכות חיים

מחקר	מדד	כלי המחקר
Ager et al., (2001)	איכות חיים	the Life Experiences Checklist (LEC) (Ager 1998)

Life circumstances questionnaire (LCQ) (Ashman et al., 1991)	איכות חיים	Young & Ashman (2004b)
Life circumstances questionnaire (LCQ) (Ashman et al., 1991)	איכות חיים	Young (2006)
the 1990 version of the Quality of Life Questionnaire (QOLQ) (Schalock, Keith, & Hoffman, 1990)	איכות חיים	Cooper & Picton (2000)
Oklahoma administers the Developmental Disabilities Quality Assurance Questionnaire (DDQAQ; Oklahoma State University, 1991)	שביעות הרצון מהמסגרת	Spreat et al. (1998)
Life Experiences Checklist (LEC) (Ager, 1990).	איכות חיים	Golding et al. (2005)

קבלת טיפול תרופתי

מחקר	מדד	כלי המחקר
Nøttestad & Linake (2002; 2003)	טיפול תרופתי פסיכותרופי	All psychotropic drug dosages were transformed to percentage of defined daily dosage (DDD%). DDD is the average dosage usually given for the main indication of the drug (e.g. depression for antidepressants), based on clinical and laboratory data. The standard for grouping of drugs and for DDD were those of the Anatomical Therapeutic Chemical Classification and the World Health Organization Drug Utilization Research Group for International Studies of Drug Consumption (WHO 1991)
Spreat et al. (1998)	טיפול תרופתי פסיכיאטרי	Individual psychiatric medications were grouped according to the guidelines put forth by the American Medical Association (1978).

מאפיינים ותכונות של המסגרת

מחקר	מדד	כלי המחקר
Heller et al. (1998)	מדידת רמת האינדיווידואליזציה שמאפשרת המסגרת	The Residential Management Survey (RMS) (McLain et al. 1975).
Heller et al. (1998)	תנאי החיים החומריים במסגרת	Physical Attractiveness Scale of the MEAP Rating Scale (Moos & Lemke 1984).
Cooper & Picton (2000)	איכות הטיפול (כולל גם תנאים פיזיים של המסגרת וגם אוריינטציה טיפולית)	Sheltered Care Environment Scale (SCES) developed by Lemke and Moos (1987).

מקורות

- Ager, A., Myers, F., Kerr, P., Myles, S., & Green, A. (2001). Moving home: Social integration for adults with intellectual disabilities resettling into community provision. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 14*(4), 392-400.
- Baker, P. A. (2007). Individual and service factors affecting deinstitutionalization and community use of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*(2), 105-109.
- Bigby, C. (2008). Known well by no-one: Trends in the informal social networks of middle-aged and older people with intellectual disability five years after moving to the community. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 33*(2), 148-157.
- Blank, P., Hill, E., Siegal, C., & Waterstone, M. (2005). *Disability Civil Rights Law and Policy: Cases and Material*. West Academic Publishing.
- Braddock, D., Hemp, R., Rizzolo, M.C., Haffer, L., Tanis, E.S., & Wu, J. (2011). *The State of the States in Developmental Disabilities 2011*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Chowdhury, M., & Benson, B. A. (2011). Deinstitutionalization and quality of life of individuals with intellectual disability: a review of the international literature. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 8*(4), 256-265.
- Conroy, J. W. (2011). *Size, quality, and cost of residential settings: policy analysis of literature and large data sets*. Havertown: The Center for Outcome Analysis.
- Cooper, B., & Picton, C. (2000). The long-term effects of relocation on people with an intellectual disability: Quality of life, behavior, and environment. *Research on Social Work Practice, 10*(2), 195-208.
- Emerson, E., & Hatton, C. (1996). Deinstitutionalization in the UK and Ireland: Outcomes for service users. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 21*(1), 17-37.

- Ericsson, K. (2000). *Deinstitutionalization and community living for persons with an intellectual disability in Sweden: Policy, organizational change and personal consequences*. In Disability Conference Tokyo. Theme Disability & Support Department of Education. Uppsala University Sweden.
- European parliament (2000). *Charter of fundamental rights of the European Union*. Retrieved from http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf.
- Golding, L., Emerson, E., & Thornton, A. (2005). An evaluation of specialized community based residential supports for people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disabilities, 9*, 145–154.
- Health Service Executive (2011). *Time to move on from congregated settings: A strategy for community inclusion. Report of the Working Group on Congregated Settings*. Retrieved from <http://www.slainte.ie/eng/services/Publications/services/Disability/timetomoveonfromcongregatedsettings.pdf>
- Heller, T., Miller, A. B., & Factor, A. (1998). Environmental characteristics of nursing homes and community-based settings, and the well-being of adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 42*, 418–428.
- Kearney, C. A., Bergan, K. P., & McKnight, T. J. (1998). Choice availability and persons with mental retardation: A longitudinal and regression analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 10*, 291–305.
- Kim, S., Larson, S. A., & Lakin, K. C. (2001). Behavioural outcomes of deinstitutionalisation for people with intellectual disability: a review of US studies conducted between 1980 and 1999. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 26*(1), 35-50.
- King, R. D., Raynes, N. V., & Tizard, J. (1971). *Patterns of residential care. Sociological studies in institutions for handicapped children*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Kozma, A., Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2009). Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: a systematic review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 114*(3), 193-222.

- Lakin, K. C., Prouty, R., & Coucouvanis, K. (2006). Changing patterns in size of residential settings for persons with intellectual and developmental disability, 1977-2005. *Mental retardation*, 44(4), 306-309.
- Larson, S. A., & Lakin, K. C. (1991). Parent attitudes about residential placement before and after deinstitutionalization: A research synthesis. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 16(1), 25-38
- Macleod, F. J., Morrison, F., Swanston, M., & Lindsay, W. (2002). Effects of relocation on the communication and challenging behaviours of four people with severe learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 30, 32–37.
- Mansell, J. (2006). Deinstitutionalisation and community living: progress, problems and priorities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(2), 65-76.
- Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2010). Deinstitutionalisation and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities¹. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(2), 104-112.
- Mansell, J., & Ericsson, K. (1996). *Deinstitutionalisation and Community Living Intellectual disability services in Scandinavia, Britain and the USA*. London: Chapman and Hall.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. & Beecham, J. (2007) *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- McConkey, R., McConaghie, J., Mezza, F., & Wilson, J. (2003). Moving from long-stay hospitals: The views of Northern Irish patients and relatives. *Journal of Intellectual Disabilities*, 7, 78–93.
- Nirje, B. (1970). The normalization principle-implications and comments. *The British Journal of Mental Subnormality*, 16(31), 62-70.

- Nøttestad, J., & Linaker, O. (1999). Psychiatric health needs and services before and after complete deinstitutionalisation of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 43*, 523–530.
- Nøttestad, J., & Linaker, O. (2002). Predictors for attacks on people after einstitutionalization. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 493–502.
- Nøttestad, J., & Linaker, O. (2003). Psychotropic drug use among people with intellectual disability before and after deinstitutionalization. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 464–471.
- Parish, S. L. (2005). Deinstitutionalization in two states: The impact of advocacy, policy, and other social forces on services for people with developmental disabilities. *Research and Practice for persons with Severe Disabilities, 30*(4), 219-231.
- Shoultz, B., Walker, P., Taylor, S., & Larson, S. (2005). *Status of institutional closure efforts in 2005*. Minneapolis: Institute on Community Integration, University of Minnesota.
- Spreat, S., & Conroy, J. (2002). The impact of deinstitutionalization on family contact. *Research in Developmental Disabilities, 23*, 202-210.
- Spreat, S., Conroy, J. W., & Rice, D. M. M. (1998). Improve quality in nursing homes or institute community placement? Implementation of OBRA for individuals with mental retardation. *Research in developmental disabilities, 19*(6), 507-518.
- Tabatabainia, M. M. (2003). Listening to families' views regarding institutionalization & deinstitutionalization. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 28*(3), 241-259.
- Wehmeyer, M. L., & Bolding, N. (2001). Enhanced self-determination of adults with intellectual disability as an outcome of moving to community-based work or living environments. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*(5), 371-383.
- Young, L. (2006). Community and cluster centre residential services for adults with intellectual disability: long-term results from an Australian-matched sample. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(6), 419-431.

- Young, L., & Ashman, A. F. (2004a). Deinstitutionalisation in Australia Part I: historical perspective. *The British Journal of Development Disabilities*, 50(98), 21-28.
- Young, L., & Ashman, A. F. (2004b). Deinstitutionalisation in Australia Part II: Results from a long-term study. *The British Journal of Development Disabilities*, 50(98), 29-45.
- Young, L., Sigafoos, J., Suttie, J., Ashman, A., & Grevell, P. (1998). Deinstitutionalisation of persons with intellectual disabilities: A review of Australian studies. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23(2), 155-170.