הקשר בין רצידיביזם אצל חולי נפש המאושפזים בתוקף צו בית משפט ובין קבלת סל שירותי שיקום

טרב קרינה*, דר׳ בר-אל חואן**, ד״ר ישראל דורון ***, ד״ר קרן אור-חן****

טרב קרינה – עובדת סוציאלית – מ.א., מרכז רפואי לבריאות הנפש ״מזרע״, עכו.

דוא״ל: k_tarab@yahoo.com

ד״ר בר-אל חואן – מנהל מחלקה, מרכז רפואי לבריאות הנפש ״מזרע״, עכו.

דוא״ל: drbarel@yahoo.com

ד״ר ישראל דורון – מרצה בכיר, ביה״ס לעו״ס והחוג לגרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה, חיפה 31905. דוא״ל: idoron@univ.haifa.ac.il

ד״ר קרן אור-חן – מרצה, ביה״ס לעו״ס, אוניברסיטת חיפה, חיפה.

דוא״ל: korchen@psy.haifa.ac.il

הקשר בין רצידיביזם אצל חולי נפש המאושפזים בתוקף צו בית משפט ובין קבלת סל שירותי שיקום

מבוא

הפרעות נפש נמנות עם הגורמים הבולטים לחולי ולמוגבלות בעולם כולו. דו"ח מיוחד שיצא בשנת 2001 של ארגון הבריאות העולמי התמקד בבריאות הנפש ותיאר את הנטל הכלל עולמי של תחלואת הנפש כך: כ-25% מתושבי העולם יחלו בהפרעה נפשית במהלך חייהם, וכ - 10% סובלים מהפרעה כזו בכל רגע נתון (WHR, 2001). כלומר,אין מדובר בבעיה נקודתית, אלא בתופעה יחסית רחבת היקף.

בישראל נוהגים לאשפז בכפייה במסלול הפלילי אנשים אשר בגין מחלתם לא נושאים באחריות פלילית. ישנן דעות סותרות ביחס לשכיחות של עבריינות בקרב אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות חמורות ועבריינות מסוגים שונים. בשנת 2001 מתוך סה"כ 17,869 קבלות לבתי חולים פסיכיאטריים 13,637 היו קבלות חוזרות. 25.8% הובאו לאשפוז בכפייה, בתוכם 15.8% בתוקף צו בית משפט לאחר ביצוע עבירה פלילית על רקע מחלתם הנפשית. זאת לעומת 7.7% בלבד שאושפזו בתוקף צו בית משפט בשנת 1996. כשליש מבעלי צו בית משפט (4.8%) כבר היו באשפוז כפוי במסלול הפלילי בעברם (שנתון בריאות הנפש, 2002). נתונים אלו מצביעים על קיומה של בעיית הרצידיביזם אצל חולי נפש עבריינים, וניתן לראותם כמצביעים על כשל של מדיניות הטיפול והשחרור וכמעוררים שאלות לגבי הסיבות לתופעה.

אחת מהתופעות הקשות והמורכבות הקיימת במערכת בריאות הנפש היא תופעת ביצוע חוזר של עבירות פליליות והרצידיביזם המצביעה על אשפוזים חוזרים. בקרב קבוצת חולי נפש עבריינים תופעת הרצידיביזם הינה תופעה רחבה ונפוצה, ומחקרים רבים ניסו לבדוק את הגורמים העשויים להשפיע על תופעה זו. המושג recidivism מקורו במילה הלטינית recado שמשמעותה ליפול, ו-"recidivus" חוזר. אבן-שושן (1977) מגדיר את המונח רצידיב כ"השנות, חזרה של דבר מה (בעיקר שלילי): רצידיב של פשע, רצידיב של מחלה שחלפה וחזרה שוב". מטרת מחקר זה היא לבחון את הקשר בין רצידיביזם אצל חולי נפש עבריינים המאושפזים בתוקף צו בית משפט ובין הקבלה או אי הקבלה של סל שירותי שיקום. כלומר, במבחן יעמדו שני הקריטריונים של חזרה לביצוע העבירה וחזרה לאשפוז, כאשר תיבדק תרומתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס-2000, המספק סל שירותים אלו, לצמצום תופעת הרצידיביזם.

סקירת ספרות

שאלת קיומו של הקשר שבין אלימות לבין הפרעות נפשיות מהווה נושא לדיון ציבורי, משפטי ומחקרי, בעיקר נוכח העלייה שחלה עוד בשנות השמונים בשיעור מעשי פשיעה אלימים בקרב חולי הנפש (Rabkin,1979), בשונה משנים קודמות, בהן היה שיעור פשיעה זה נמוך מזה הקיים באוכלוסייה הכללית (Cohen & Freeman, 1945). כמו כן, מספר מחקרים שנערכו במהלך שנות התשעים הראו כי נמשכת העלייה בהתנהגות אלימה בקרב בעלי הפרעות נפשיות חמורות לעומת כלל האוכלוסייה (Swanson et al.,1990; Link, Andrews, & Cullen, 1992; Monahan,1992).

ניתן לבדוק את הקשר בין התנהגות אלימה לבין הפרעות נפשיות על ידי בדיקת שיעור האלימות בקרב אוכלוסייה עם הפרעות נפשיות בהשוואה לשיעורה באוכלוסייה הכללית, (בירגר וחב', 1999) או בשכיחות קיומן של הפרעות נפשיות בקרב אוכלוסיית עבריינים אלימים לעומת עבריינים שאינם אלימים. כך, לדוגמה, נבדקו אוכלוסיות מיוחדות בבתי כלא, ונמצא כי שעור ההפרעות הנפשיות בקרב עבריינים אלימים הוא גבוה יותר ((Prins, 1990)).

במחקרים שנערכו בשנות התשעים עלו הממצאים המצביעים על קשר מובהק וסיבתי בין אלימות לבין מחלות הנפש (Link et al., 1992; Lindqvist & Allebeck, 1990). בין מחלות הנפש למיניהן, הקשר שבין מחלת הסכיזופרניה לאלימות ועבריינות הנובעת ממנה, הוא המודגש ביותר, כאשר התסמינים הפסיכוטיים הפעילים הם הגורם העיקרי המשפיע על חומרת האלימות (Taylor, 1985; Link, 1996). במחקר שנערך בכלא בפינלנד Eronen, Hakola & (Tuhonen,1996) בקרב אוכלוסיית עבריינים רוצחים נמצא שיעור בעלי מחלה נפשית מסוג סכיזופרניה גבוה פי-6.5 בהשוואה לשיעורם באוכלוסייה הכללית. על פי תוצאות מחקר אשר נערך בארה"ב (Steury & Choinski, 1995) עבירות האלימות מבוצעות ע"י חולי נפש כשהן אינן מתוכננות וללא מניע ברור, ובד"כ האלימות מכוונת כלפי קרוב משפחה. ממצא נוסף היה כי הגברים שאובחנו כלוקים בסכיזופרניה בשילוב עם שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים ביצעו מעשי רצח בשיעור גבוה באופן מובהק מזה של אלה המאובחנים כבעלי מחלה נפשית בלבד.

במחקר של 698 חולים סכיזופרנים שאושפזו בין השנים 1983-1988, ולהם היסטוריה של אלימות, נמצא כי 16% היו אלימים פיזית מאז מהלך מחלתם (Arboleda-Flórez,1998). במחקר שביצעו מק'ניל ובינדר (McNiel & Binder,1995) בו הם בחנו את מאפייניהם של

החולים המוכרים כבעלי פוטנציאל לאלימות ועבריינות, נמצא כי 51% מהחולים היו גברים, בגיל ממוצע 42.4, האבחנה הראשונית כללה הפרעות סכיזופרניות (30%),הפרעות מאניות (15%), מצבים אורגניים (13%) והפרעות אחרות. שילוב של שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים ומחלות נפש נצפה כמעלה פי שתיים את רמת הסיכון לביצוע עבירות פליליות Lindqvist & (Allebeck, 1990).

מחקרים אשר נערכו בתחום התייחסו לגורמים כמו תשתית קהילתית לא מספקת, חוסר היענות לטיפול תרופתי ולשיתוף הפעולה בתוכניות שיקום מוצעות, מספר אשפוזים קודמים ותכיפות הקשר עם המשפחה (Geller, 1982; Franklin, Kittredge & Trasher, 1985; Joyce, Khan & Jones, 1981; Rosenblatt & Mayer, 1974). גם גיליס וחב׳ (Gillis, Sandler, Jakoet & Elk, 1986) הצליחו לבודד מספר משתנים כמנבאים חשובים לחזרה לאשפוז: מגורים בבדידות, שילוב של התמכרויות והיעדר קשרים חברתיים תומכים, מין זכר והיותו בעל אבחנה של סכיזופרניה, ולפחות פניה אחת לאשפוז במהלך חמש השנים האחרונות. גורמים נוספים שנבדקו ונמצאו משמעותיים הם בעיות בתחום התעסוקה, היעדר מגעים חברתיים, תלות באחרים, השפעת הסטיגמה, אי-היענות לטיפול תרופתי (Strong, 1987; Gillis, Trollip, Jakoet & Holden, 1987; Gillis, Koch & Joyi, 1989) ורמות גבוהות של רגשות מובעים- expressed emotion או היעדר הבנה מצד המשפחה ((Ben-Arie,1988)). מספר האשפוזים בעברו של החולה ואורכם נחשבו בעבר למשתנים בעלי כושר ניבוי גבוה במיוחד ביחס לחזרה לאשפוז (Buel & Anthony,1973; Fontana & Dowds,1975; Rosenblatt & Mayer, 1974). אך במחקר שנערך מאוחר יותר (Zeff, Armstrong, Crandell & Folen, 1990) לא נמצאה משמעות סטטיסטית למספר האשפוזים, ודווקא אשפוזים קצרים נמצאו כמנבאים עלייה בסיכוי לאשפוז חוזר(Appleby, Desai & Luchins, 1993; Mojtabai, Nicholson & Neesmith, 1997). גורם נוסף המאפיין את האוכלוסייה הנדונה הוא היעדר תובנה למצבם ולצורך בקבלת הטיפול. חוסר תובנה זה מוביל לא רק לאי-היענות לטיפול פסיכו-סוציאלי ותרופתי בקהילה , אלא גם לאשפוזים כפויים חוזרים (McEvoy et al., 1989; Amador et al.,1993) .

לאור התפישה ההולכת וגוברת אשר מכירה באפשרות של הצלחה בטיפולם של חולי נפש עבריינים, יצא קול קורא להמשיך ולחקור את הצרכים של אוכלוסייה זו (Roskes, 1999). לפי סטדמאן וחב׳ (Steadman et al., 1999) תוכניות המעבר בפיקוח מבתי הסוהר קיבלו תמיכה

רחבה כדרך למניעת כליאתם הלא נחוצה וכניסתם למערכת המשפט הפלילי של חולי הנפש ע"י סיפוק טיפול קהילתי הולם. יחד עם זאת הם מזהירים כי למרות היותן נתמכות קונספטואלית, תוכניות אלו עדיין מעטות, ולכן גם מועט מספר מחקרים אשר יכולים לתמוך אמפירית בטענת יעילותן. לצד מחקרים (Rosenblatt & Mayer, 1974), אשר דיווחו על תוכניות מעבר בפיקוח בצורת half-way houses בהן חולי נפש עבריינים היו מקובצים במעין קהילות טיפוליות, כמצמצמות תופעת הרצידיביזם ומגדילות רמת עצמאותם של המטופלים בהן, נשמעו קולות המבקרים אותן, אשר טענו כי מסגרות מסוג זה מהוות צורה נוספת של מיסוד קהילתי מגבילות את פרטיותם, ורבים ממשיכים להיות תלותיים במספקי השירותים להם נזקקים (Yip, 1997; Nelson, Hall & Bowers, 1998; Mak, Gow & Mak, 1993; Kruzich, 1985).

השקעה בלתי מספקת בכל הקשור לזיהוי הצרכים ומיונם, קישור לשירותי שיקום בקהילה ומעקב סדיר אחר השימוש בשירותי בריאות הנפש לאחר השחרור, מובילים להידרדרות במצב הנפשי וכן מגדילים סיכוי לרצידיביזם פלילי (Walsh & Holt, 1999) . במחקרה של ונטורה וחב' (Ventura, Cassel, Jacoby & Huang, 1998) נבדק הקשר בין אינטנסיביות של ניהול הטיפול (Case Management) ורצידיביזם פלילי בקרב 261 נפגעי הנפש ששוחררו מבית סוהר והיו תחת מעקב במשך שלוש שנים. במחקר זה נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין כמות המגעים הטיפוליים המתקבלים במסגרות שיקום קהילתיות לבין צמצום תופעת הרצידיביזם, הן בסיכוי להיות שוב במעצר, והן באורך הזמן בין השחרור לבין החזרה למעצר.

אמנת בריאות הנפש קובעת ארבעה עקרונות (Bachrach ,1977): א) פיתוח חלופות דיור בקהילה שהנן מגבילות באופן מזערי ומאפשרת חיים נורמלים; ב) מתן טיפול, תמיכה והכשרה, המתאימים לצורכי הפרט; ג) דגש על איכות חיים; ו-ד) עידוד מעורבות חברתית. על רקע עקרונות אלה, מטרתה של החקיקה העוסקת באשפוז ובטיפול בכפייה בחולי נפש היא לקבוע הסדר המאזן בין כמה מטרות, שאינן בהכרח מתיישבות זו עם זו. מחד גיסא קיים צורך להגן על הציבור מפני אנשים הנתפסים כמסוכנים בגין מחלתם הנפשית, וקיים גם צורך להגן ולטפל באדם המסכן את עצמו או שאינו יכול לדאוג ולטפל בעצמו בגלל אותה מחלה. מאידך גיסא, החוק מבקש גם להגן על חירות הפרט וזכויות האדם של החולים (אבירם, 1997; בירגר וחב', 1999). חוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991, מושתת על השקפת עולם הרואה באשפוז כפוי "אחת הצורות החמורות הפוגעות בחרות האדם" (אלון, בב"ש 196/80, עמ' 336).

אופציה של טיפול מרפאתי כפוי הביאה לידי ביטוי את העיקרון הרביעי בעשרת העקרונות הבסיסיים בטיפול בבריאות הנפש של ארגון הבריאות העולמי, כפי שמדווח ע"י כרמי (1997): מתן טיפול בריאות נפשי מסוג מגביל מועט ביותר. מדובר באפשרות לצמצם פגיעה בזכות לחרות וכבוד האדם, (שהן זכויות חוקתיות עפ"י חוק יסוד: כבוד האדם וחרותו, התשנ"ב 1992) בצורה המצומצמת ביותר, כאשר החולה נשאר בקהילה בין בני משפחתו וחבריו, ובלבד שמחויב לקבל את טיפולו הנפשי ולשמור על יציבות מצבו. דהיינו, מדובר במניעת אשפוז.

וייל (1997) ערך סקר להערכת יעילותה של שיטת הטיפול המרפאתי הכפוי וגילה כי ב-60% מהמקרים שנבדקו (48 סה"כ) לא היו אשפוזים חוזרים לפחות תקופה של 13 חודשים (תקופת הסקר). הדבר מאשר את התועלת של טיפול מרפאתי כפוי ומגדיל באופן משמעותי את הסיכויים להעניק טיפול עוקב סדיר, וכן, מאפשר גילוי וטיפול מוקדמים יותר במקרים של גלים פסיכוטיים חוזרים. הכנסתו של טיפול אמבולטורי כפוי לחוק מאפשרת טיפול מונע ללא המתנה פסיבית עד שהגל הפסיכוטי החוזר יגרום להפרעות התנהגותיות קשות מאוד שיהוו עילה לאשפוז כפוי (וייל, 1997). להוראה לטיפול מרפאתי כפוי ניתנה תשומת לב רבה וברוב המקרים בהדגשת נחיצותה ויעילותה, המתבטאת, בין היתר, בצמצום בתקריות אלימות אשר נרשם אצל המטופלים אשר המשיכו במעקב מרפאתי כפוי תקופה העולה על שישה חודשים (לבקוביץ',ויזר,לוי ונוימן, 1993; וייל, 1997; O`Reilly, 2001; Preston, Kisely & Xiao, 2002).

בהתאם לקריטריונים הניתנים בחוק לטיפול בחולי נפש (התשנ"א - 1991), החולה יאושפז בכפייה במסלול אזרחי או פלילי. לאחר שאושפז במסלול הפלילי, גורלו של עבריין נפגע הנפש מופקד בידי הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, שממונה, בין השאר, על האישור לחופשות ומשך האשפוז. בחוק נקבע כי הוועדה חייבת לדון בענייני של החולה המאושפז בצו בית-המשפט לפחות מדי שישה חודשים. על אף שאין המדובר בעונש מאסר, ועל אף שהאשפוז נועד לפי מטרתו המוצהרת לצורך טיפול בנאשם, הפגיעה בזכות היסוד של חולה-הנפש לחרות הינה חמורה (חוק יסוד: כבוד האדם וחרותו, התשנ"ב 1992). נראה שהמאושפז באשפוז "פלילי" נפגע פעמיים: ראשית בעצם האשפוז, ושנית בעובדת היותו "מופלה" לרעה לפי החוק לעומת חולה אחר המאושפז בהליך אשפוז אזרחי. לפי החוק, תנאי האשפוז הפלילי קשים וחמורים יותר מאלה של המאושפזים באשפוז אזרחי. כך למשל, הסמכות ושיקול-הדעת לעניין מתן חופשות ולעניין שחרור של מאושפז באשפוז אזרחי נתונה בידי בית החולים עצמו (סעיף 30 לחוק). לעומת זאת, הסמכות לתת חופשות ולשחרר חולה המאושפז באשפוז כפוי פלילי, אינה נתונה בידי בית-החולים, אלא בידי הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית במסגרת דיון תקופתי בענייני של החולה (סעיף 28 ג'). כך

במקרים רבים ממליץ בית-החולים על שחרורו של החולה, אך הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, בניגוד לעמדה זו, אינה משחררת את החולה (ספיבק, 1998).

הנשיא היוצא של ביהמ"ש העליון ברק (ע"פ 3854/02) עומד על כך שצו אשפוז בהליך פלילי ללא הגבלה בזמן אינו סביר ואינו מידתי בהתחשב בזמן הרב שעובר לרוב מאז הוצאת הצו המקורי ובשים לב בעונשים המקסימאליים להם היה צפוי נאשם לו הורשע בדין. עוד דן השופט במטרתו של האשפוז הכפוי של נאשם חולה נפש כ"קבלת טיפול רפואי". האשפוז הכפוי פוגע בחרותו ובכבודו של החולה, אך פגיעה זו היא מוצדקת ברצון להגן עליו ועל החברה, כלומר מדובר ב"יחס שונה לשונים", ולא באפליה. בדיון זה עומד ברק (ע"פ 3854/02) על הלאקונה בחוק לטיפול בחולי נפש וקורא למחוקק לתקנו ולקבוע הסדר סטטוטורי מקיף, המאזן כראוי בין חירותו של חולה לבין בטחונו של הציבור.

מדיניות האל-מיסוד אומצה בארץ בתחילת שנות השבעים, כאשר הפירוש שניתן אז למושג (deinstitutionalization) כלל רק את הצמצום של מסגרות האשפוז, ללא השקעה הולמת בפיתוח מערכות טיפול קהילתיות (פלדמן ובר און, 2001). תהליך זה היה צפוי לאור הניסיון העולמי הכושל של מגמת האל-מיסוד ללא בניית תשתיות לקליטתם של המשתחררים לקהילה. בארה"ב במקביל לצמצום מספר המיטות צמח מספר מחוסרי דיור ומקבצי נדבות אשר כך מצאו את דרכם חזרה לקהילה (Bachrach, 1992; Bean, 1986). בנוסף, מדיניות זו של אל-מיסוד, בשילוב עם היעדר אפשרויות ושירותי בריאות נפש הולמים בקהילה, הובילה לכך שמספרם של אסירים בעלי הפרעות נפשיות בבתי סוהר גדל באופן משמעותי (Torrey et al.,1992).

אבירם (2001) מציין כי שיקומם של חולי נפש כרוניים הוא יותר Habilitation מאשר Rehabilitation מאחר ויש צורך בלימוד מיומנויות: בסיסיות - הקשורות להתנהלות היומיומית, בין-אישיות וחברתיות. לכן רפורמות האל-מיסוד של שנות השבעים, שהיו אמורות להגן על זכויות האזרח של נפגעי הנפש, למעשה, מנעו מהם את הטיפול הדרוש להם באי-הצעת חלופות טיפוליות, שביכולתן להקנות כישורים ומיומנויות מסוג זה. המרמן (Hamerman, 1984) בעבודתו ציין כי תחום הסדרי המגורים למטרות שיקום בישראל בתקופה זו סבל מדלות רבה, הן מבחינת הקצאת משאבים והן מבחינת השימוש במונחים אחידים לגבי תוכניות הדיור השונות. כך, במשך שנים רבות, הייתה אידיאולוגיה לחוד והמציאות הטיפולית לחוד. תופעת "הדלת המסתובבת" (אשפוזים חוזרים בתדירות גבוהה) הייתה לתופעה רחבת היקף. גורמים בחברה הוטרדו מהפרעות לסדר הציבורי התקין, שגרמו נפגעי הנפש בקהילה כשלא היו מענים הולמים

לצורכיהם, וכך התעצמה הסטיגמה כלפיהם. הנטל על המשפחות הלך וגדל והשפיע שלילית על נכונותן לקלוט ולטפל בבני המשפחה החולים (אבירם, 2001). מטופלים שלא ניתן היה לשחררם, נשארו באשפוז פסיכיאטרי עשרות שנים, והיו כאלה שסיימו את חייהם בתוך כותלי המוסד (גוטמן, 1977).

לכמן (1998), מתייחס אל התפתחות הגישה השיקומית בפסיכיאטרייה ומציין שלא החלה בשנים האחרונות. זה חמישים-שישים שנה, שבטיפול הפסיכיאטרי משולבים כלים, התורמים למאמץ המשותף לאפשר לחולי הנפש לחיות בתוך החברה ולא בשוליה. הגישות השיקומיות בבריאות הנפש מתבססות על מודלים חברתיים ועל תפיסות כוללניות (הוליסטיות) יותר מאלו המוצעות במודל הרפואי. לכמן (1998), מציין מספר עקרונות מנחים ומשותפים לחוקרים המרכזיים בתחום זה: התמקדות בכוחותיו וביכולותיו של האדם ולא בחולשותיו, שותפות המטופל בכל שלבי ההתערבות, הסביבה כמוקד ההתערבות, המטפל השיקומי כדמות מציאותית ואנושית, תלות הכרחית להשגת עצמאות, גישה דיפרנציאלית, נורמליזציה, התמקדות בעבודה או בתעסוקה, המודל השיקומי הוא יותר חברתי מרפואי, תקווה .

תוכנית "סל שיקום", שלימים הפכה לחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס - 2000, הינה תוכנית חלוץ כוללנית לטיפול ושיקום אינטגרטיבי של נפגעי נפש ובני משפחותיהם בקהילה. היא החלה לפעול בתחילת שנת 1998 ומטרתה, כפי שהוגדרה עוד ב1986 כמטרת השיקום הפסיכיאטרי ע"י אנתוני וליברמן (Anthony & Lieberman, 1986), "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו"- לשון חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס - 2000.

הקריטריונים לזכאות לשירותים הניתנים בסל השיקום עפ"י חוק שיקום הם (התש"ס-2000):

א. נכה נפש שמלאו לו 18 שנה, וסובל מנכות רפואית בשל הפרעה נפשית.

ב. נכות רפואית <u>נפשית</u> (ולא כוללת) בשיעור של 40% לפחות.

התוכנית באה לתת מענה לצורכי נפגעי הנפש ברוב תחומי חייהם: מגורים, תעסוקה, חברה, השכלה ואף טיפול דנטאלי. ניתן לראות, אם כן, כי מדובר בטיפול משולב המבוסס על המודל הביו-פסיכו-סוציאלי, הרואה באדם ישות מורכבת מחלקים פיזיים, פסיכולוגיים וסביבתיים. חשוב לציין כי למשפחות נפגעי הנפש ניתן תפקיד חשוב והתוכנית מספקת סיוע למשפחות בהתמודדותן עם מחלתו של אדם קרוב החוזר לחיק משפחתו. התוכנית לוקחת בחשבון את השוני

ורב-גוניות של אוכלוסיית היעד ולכן מוצעות מסגרות דיור ותעסוקה בהתאם ליכולותיהם, כישוריהם ומיומנויותיהם של המשתקמים. במקרים מסוימים, המטופל נמצא במגע עם מספר רב של גורמים מטפלים. במקרים אלו מציע "סל שיקום" שירותי מתאם הטיפול, המנצח על "מקהלה" טיפולית זו. תפקיד זה של מתאם הטיפול הוא פועל יוצא של המושג Case Manager-מנהל המקרה (Lieberman, 1989), שמרכז בידיו את כל המידע הקיים אודות המטופל, מקשר בין כל הגורמים המטפלים ואחראי לביצוע התוכנית. כל מסגרות השיקום הפרטיות מקבלות תקציב חלקי מסל השיקום באמצעות משרד הבריאות וכן ממשרד השיכון כספי סיוע לשכר דירה של המשתקמים עפ"י מספרם הנקלט במסגרת (פלדמן ובר און, 2001).

מאז כניסתו של חוק שיקום נכי הנפש בקהילה כל אותן מסגרות השיקום הקהילתיות פתוחות בפני המשתקם אך ורק לאחר החלטה שמתקבלת בדיון בוועדת סל שיקום (חוק השיקום, התש"ס-2000; פלדמן ובר און, 2001). דהיינו, מטופל שמעוניין להיקלט באחת המסגרות השיקומיות אינו יכול לעשות זאת באופן ישיר ללא האישור מוועדת סל שיקום. מלבד הקריטריונים שהוזכרו לעיל השתלבות במסגרות שיקום מותנית בשיתוף פעולה בטיפול, אי-שימוש לרעה בחומרים פסיכו-אקטיביים וכד'. הדבר מאפשר ביקורת על תוכניות השיקום ויעילותן, וכן מיועד לשם בקרה תקציבית של עלויות וסבסוד. הדבר מאריך את כל התהליך ובכך בודק את רמת המוטיבציה של המטופל להגיע לשיקומו (פלדמן ובר און, 2001). מצב זה מותיר נפגעי נפש, אשר אינם עונים על קריטריונים לזכאות לסל (חוסר שיתוף פעולה, שימוש סמים) - ללא מענה, והם מופנים, בהנחה שדרגת נכותם מאפשרת זאת, למסגרות שיקום מטעם המוסד לביטוח לאומי העוסקים בשיקום תעסוקתי בלבד, ללא התערבות וסיוע בתחומים הרחבים הניתנים במסגרת הסל (אבירם, 1997).

ניתן לסכם, אם כן, כי קבלת שרותי סל שיקום קשורה לשלשה משתנים עיקריים:

א. המשתנים הקשורים באדם - שימוש בחומרים פסיכואקטיביים, עבריינות ואלימות יהיו למשתנים המונעים זכאות לקבלת הסל;

ב. משתנים הקשורים בחוק שיקום נכי נפש בקהילה (התש"ס-2000) ואכיפתו גיל המועמד ורמת נכותו הנפשית (40% נכות לפחות);

ג. משתנים הקשורים במדיניות של התניית יישום תוכניות שיקום הניתנות בסל בהורדת צו האשפוז.

המשתנים הללו - כל אחד לחוד וכולם יחד עלולים להיות המשתנים המתווכים בין ההצלחה בשיקום (רמת תפקוד) ושיעור הרצידיביזם.

ישנן שתי גישות מנוגדות ביחס לחיובם של חולי נפש עבריינים להשתתף בתוכניות שיקום בשחרורם מאשפוזם הכפוי. המתנגדים להתניית השחרור בקבלת שירותי שיקום מסתמכים על סעיף 28 (ב) לחוק לטיפול בחולי הנפש הקובע בבירור כי "...מוסמכת הוועדה לאשר לחולה חופשות... או **לשחררו ללא תנאי**". כך בדיון שנערך במועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה ב- 1.4.03 הופנתה תשומת לב רבה לנושא ודעת הרוב קבעה כי התניה של שיקום, או "שיקום בכפייה" כפי שהוגדר בדיון, יש בו טעם נפגם ופגיעה בזכויות האדם, וכן חסרות תוצאות אמפיריות להצלחתו בארץ.

הגישה השנייה, אותה יצג באותו הדיון דר' גרינשפון, אשר שימש כראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות עד לאחרונה, מתבססת על האידיאולוגיה כי במקרה של תחום בריאות הנפש שיקום הוא חלק בלתי נפרד מטיפול. יש לציין כי בארה"ב ובארצות אחרות תוכניות שחרור על תנאי עבור חולי נפש עבריינים עם שילוב של אלמנט כפייה בקהילה לקשר טיפולי מוכיח את עצמו מזה שנים (Bullock, Wuttke, Klein, & Bechtoldt, 2001; Walsh & Holt, 1999; Ventura et al.,1998; Rosenblatt & Mayer, 1974; Kruzich, 1985; Skeem, Encandela, & Louden, 2003; Chung, Cummella, Wensley, & Easthope, 1998). אחד העקרונות לטיפול במתמכרים (NIDA,1999) הוא כי הפניה לטיפול לא חייבת להיעשות מרצונו החופשי של המטופל בלבד. כלומר, אין לבטל הצלחות של טיפול כשיש ברקע אלמנט של כפייה כי הרווח הוא לא פחות מהרווח של בעלי המוטיבציה (לוונטל, 2002). כך גם הצלחות בתחום הטיפול המרפאתי הכפוי מעידות על נחיצותו של אלמנט הרתעה (וייל, 1997; לבקוביץ' וחב', 1993; Swanson et al.,2000; O`Reilly, 2001; Preston , Kisely & Xiao, 2002).

המחקר

מטרת המחקר והשערותיו

[להוסיף את מטרות המחקר והשערותיו]

המדגם

אוכלוסיית המחקר הינה אוכלוסיית חולי הנפש בישראל שאושפזו בתוקף צו בית משפט. לצורך מחקר זה נבדקו כל חולי הנפש שאושפזו בתוקף צו בית משפט בבית החולים "מזרע" ושוחררו בין השנים 1998 (תחילת יישומה של תוכנית סל שיקום) ל- 2002. המדגם כלל 85 גברים, כולם מעל גיל 18, אשר ביצעו לפחות עבירה אחת על רקע הפרעתם הנפשית בעקבותיה אושפזו בכפיה

במסלול הפלילי וחולקו לשתי קבוצות לפי הקריטריון של קבלה /אי קבלה של שירותי סל שיקום. נעשה ניסיון ליצור קבוצות זהות עד כמה שניתן מבחינת המשתנים הסוציו-דמוגרפיים, כגון: גיל, מצב משפחתי, מספר אשפוזים קודמים, עבר פלילי, היסטוריה של שימוש בסמים או אלכוהול.

המשתתפים נדגמו לפי שיטת דגימת נוחות. על סמך אישורה של ועדת הלסינקי הייתה נגישות לתיקי המטופלים ששוחררו מצו אשפוז כאמור בשנים 1998-2002. עפ"י נתוני התיקים ניתן היה לראות האם שוחררו עם אישור לקבלת שרותי סל שיקום. לגבי כל המשוחררים עפ"י כתובתם הייתה גישה לתיקיהם במרפאות חוץ של המרכז הרפואי "מזרע" בהן נערך המעקב אחר מצבם. הדגימה התבצעה ע"י עורכת המחקר ובסיועם של אנשי מקצוע (עובדים סוציאליים ורופאים) המופקדים על האוכלוסייה הנדונה בבית החולים מזרע.

כלי מחקר

הנתונים נאספו באמצעות שאלון מידע שפותח לצורך המחקר וכלל את המשתנים הבאים: גיל, רמת השכלה, מצב משפחתי, מקורות הכנסה, דת, מוצא, שנת עלייה, שירות צבאי, מספר אשפוזים קודמים וסוגם (כפוי/וולונטארי), מידע על עבר פלילי, היסטוריה של שימוש בסמים ואלכוהול, הסדר מגורים, הסדר סל שיקום.

<u>עיבוד נתונים</u>

בשלב הראשון קודדו למחשב נתונים גולמיים שנאספו באמצעות השאלון ונבדקו נתונים חריגים או חסרים לשם תיקונם. לאחר מכן נבדקה התפלגות הנבדקים עפ"י נתוני שימוש בשירותי סל שיקום. בשלב הבא נערכה השוואת ממוצעים של שתי קבוצות המחקר העיקריות במשתנים התלויים של שיעור הרצידיביזם ושימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים באמצעות מבחני T לשני מדגמים בלתי תלויים. בשלב הבא נבדקו ההשערות של הקשרים בין משתנים בלתי תלויים ותלויים באמצעות רגרסיות פשוטות. לבסוף, נבחנו השפעות של משתנים שונים על המשתנים התלויים של שיעור הרצידיביזם ורמת התפקוד תוך פיקוח על משתני שימוש בשירותי סל שיקום, היסטוריה של אשפוזים, אשפוזים כפויים ועבר פלילי, והיסטוריה של שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים, וזאת ע"י רגרסיה מרובה.

הגדרת המשתנים

המשתנים התלויים:

- *מספר אשפוזים כללי אחרי הצו* חושב כסה"כ חזרות לאשפוז (וולונטרי וכפוי יחד);
- *מספר אשפוזים וולונטריים אחרי הצו* חושב כסה"כ אשפוזים הנעשים באופן של פנייה עצמית או ע"י גורם מפנה כגון משפחה או חברים;

- *מספר אשפוזים כפויים אחרי הצו* חושב כסה"כ אשפוזים כתוצאה מצו, הוראה או הסתכלות;
- *עבירות פליליות אחרי הצו* (1 מעורב בעבירות פליליות, 2 לא מעורב בעבירות פליליות);
- *שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים אחרי הצו* (1 משתמש בסמים, 2 לא משתמש בסמים);

המשתנים הבלתי-תלויים:

- *סל שיקום* (1 קיבל שירותי סל שיקום, 2 לא קיבל שירותי סל שיקום);
- *מעורבות בפלילים בעבר* (1 ביצע עבירות בעבר, 2 לא ביצע עבירות בעבר);
- *מספר אשפוזים כללי לפני הצו* חושב כסה"כ חזרות לאשפוז (וולונטרי וכפוי יחד);
- *משך האשפוזים בצו* בחודשים;
- *מספר אשפוזים כפויים לפני הצו* חושב כסה"כ אשפוזים כתוצאה מצו, הוראה או גורם מפנה;

ממצאי המחקר

הפרטים הדמוגרפים של הנחקרים מוצגים בטבלה הבאה:

החולים שלא קיבלו שירותי סל שיקום				***החולים שקיבלו שירותי סל שיקום***				***קטגוריות המשתנה***	***שם המשתנה***
ס.ת.	ממוצע	%	n	ס.ת.	ממוצע	%	n		
11.02	41.3		53	10.30	45.5		32		***גיל***
		47.2	25			37.5	12	רווק	***מצב משפחתי***
		34.0	18			18.8	6	נשוי	
		17.0	9			40.6	13	גרוש	
		1.9	1			3.1	1	אלמן	
		100.0	*53*			*100.0*	*32*	*סה"כ*	
2.54	8.8		53	3.09	9.2		32		***מס' שנות לימוד***
		62.3	33			75.0	24	יהודי	***דת***
		30.2	16			18.8	6	מוסלמי	

	נוצרי	1	3.1			2	3.8		
	דרוזי	0	0.0			2	3.8		
	אחר/לא ידוע	1	3.1			0	0.0		
	סה"כ	*32*	*100.0*			*53*	*100.0*		
ארץ המוצא	ישראל	18	56.3			38	71.7		
	חבר העמים	5	15.6			6	11.3		
	מזרח אירופה	3	9.4			1	1.9		
	צפון ומרכז אפריקה	5	15.6			6	11.3		
	אסיה	0	0.0			1	1.9		
	דרום אמריקה	0	0.0			1	1.9		
	דרום אפריקה	1	3.1			0	0.0		
	סה"כ	*32*	*100.0*			*53*	*100.0*		
שירות צבאי	שירות מלא	11	34.4			8	15.1		
	שירות חלקי	5	15.6			9	17.0		
	פרופיל 21	3	9.4			11	20.8		
	לא שירת	13	40.6			25	47.2		
	סה"כ	*32*	*100.0*			*53*	*100.0*		
אפוטרופוס	כן	15	46.9			7	13.2		
	לא	17	53.1			46	86.8		

		100.0	*53*			*100.0*	*32*	*סה"כ*	
		94.3	50			87.5	28	כן	***קשר עם המשפחה***
		5.7	3			12.5	4	לא	
		100.0	*53*			*100.0*	*32*	*סה"כ*	
		18.9	10			21.9	7	לבד	***הסדר מגורים***
		73.6	39			34.4	11	משפחה	
		1.9	1			12.5	4	עם שותף	
		1.9	1			25.0	8	הוסטל	
		3.8	2			3.1	1	בית אבות	
		0.0	0			3.1	1	מאסר	
		100.0	*53*			*100.0*	*32*	*סה"כ*	

המאפיינים הקליניים של אוכלוסיית המחקר מוצגים בטבלה הבאה.

החולים שלא קיבלו שירותי סל שיקום				***החולים שקיבלו שירותי סל שיקום***				***קטגוריות המשתנה***	***שם המשתנה***
ס.ת.	ממוצע	%	n	ס.ת.	ממוצע	%	n		
0.67	0.5	60.4	32	0.86	0.9	40.6	13	0	*סוגי אשפוז לפני הצו : וולונטרי*
		30.2	16			28.1	9	1	
		9.4	5			31.3	10	2	
		100.0	*53*			*100.0*	*32*	*סה"כ*	
0.86	0.7	52.8	28	0.80	0.8	46.9	15	0	*סוגי אשפוז לפני הצו כפוי*
		24.5	13			31.3	10	1	
		20.8	11			21.9	7	2	

	3	___	___			1	1.9		
	סה"כ	32	100.0			53	100.0		
מס' אשפוזים לפני הצו סה"כ	0	9	28.1	1.7	1.43	20	37.7	1.2	1.28
	1	7	21.9			15	28.3		
	2	7	21.9			9	17.0		
	3	4	12.5			6	11.3		
	4	5	15.6			2	3.8		
	5	___	___			1	1.9		
	סה"כ	32	100.0			53	100.0		
פלילים בעבר	כן	16	50.0			31	58.5		
	לא	16	50.0			22	41.5		
	סה"כ	32	100.0			53	100.0		
שימוש בסמים לפני הצו	כן	9	28.1			29	54.7		
	לא	23	71.9			24	45.3		
	סה"כ	32	100.0			53	100.0		
אורך האשפוז הכפוי: מס' ימים		31		1281.4	1537.0	53		922.7	1364.35
אורך האשפוז הכפוי: מס' חודשים		32		42.7	51.2	53		30.8	45.5
מס' אשפוזים		32		3.9	4.90	53		3.1	4.33

לפני הצו									

התפלגות החזרות לאשפוזים וולונטריים וכפויים המאפיינת את החולים בשתי הקבוצות

על פי הנתונים ניתן לראות כי החולים שהשתתפו בתוכנית השיקום מאופיינים בשיעור הרצידיביזם נמוך יותר. הנתונים מלמדים על ממצאים עיקריים הבאים:

1. בקרב המטופלים שקיבלו את שירותי השיקום רובם כלל לא היו מאושפזים אחרי הצו 68.8%, לעומת רק 24.5% בקבוצת הביקורת.
2. החולים שקיבלו את שירותי השיקום עברו מקסימום שלושה אשפוזים (3.1%), בעוד שחלקם מהחולים שלא השתתפו בתוכנית חזרו לאשפוז גם בפעם הרביעית (1.9%) ובפעם החמישית (1.9%).
3. בקרב החולים שקיבלו את שירותי השיקום נמצאת ירידה דרמטית במספר האשפוזים הכללי כבר באשפוז השני (6.3%, לעומת 21.9% באשפוז הראשון) בעוד שבקרב החולים שלא השתתפו בתוכנית ירידה משמעותית במספר האשפוזים נצפית רק באשפוז השלישי (13.2%, לעומת 32.1% באשפוז הראשון ו- 26.4% באשפוז השני).

התפלגות החזרות לאשפוז מספק מידע חלקי אודות ההבדלים בשיעור הרצידיביזם בין שתי הקבוצות. על כן, יש לבחון את מספר חזרות לאשפוז הממוצע המאפיין אותן.

בחינת מהות ההבדל במספר חזרות לאשפוז הממוצע בין שתי הקבוצות נעשה באמצעות מבחן T למדגמים בלתי-תלויים.

T	**סטיית תקן**	**ממוצע**	**n**	**השתתפות בתוכניות שיקום**	

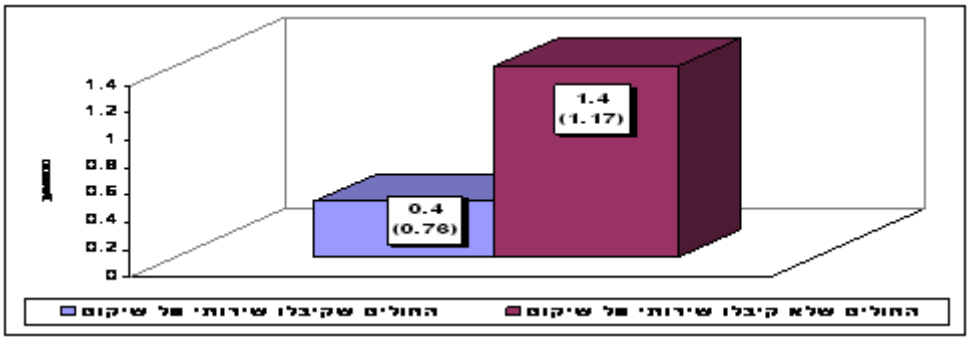
-4.675**	0.76	0.4	32	**כן**	**מס' חזרות לאשפוז וולונטרי/כפוי**
	1.17	1.4	53	**לא**	

* p value < 0.05

** p value < 0.01

תוצאות מבחן T מצביעות על הבדל מובהק במספר חזרות לאשפוז הממוצע בין החולים שהשתתפו בתוכנית השיקום וחולים שלא השתתפו בתוכנית ($p<0.05$).

מספר חזרות לאשפוז הממוצע בקרב חולי נפש עבריינים לפי השתתפותם/אי-השתתפותם בתוכנית שיקום.



הנתונים המיוצגים מלמדים כי מספר חזרות לאשפוז ממוצע נמוך יותר בקרב החולים שהשתתפו בתוכנית השיקום (0.4= עם סטיית תקן 0.76) לעומת קבוצת הביקורת (1.4= עם סטיית תקן 1.17).

רצידיביזם בקרב חולי נפש עבריינים מתבטא גם בחזרות לביצוע עבירות פליליות. ניתן להשוות את המידע לגבי התפלגות העבירות הפליליות בקרב החולים המשתתפים במחקר. כדי לבדוק את הקשר בין השתתפות בתוכנית שיקום לבין ביצוע עבירות פליליות נערך מבחן X^2 וספציפית נבחן מדד Phi לבדיקת מהות הקשר ועוצמתו בין שני המשתנים

השתתפות בתוכנית סל שיקום	**פלילים אחרי הצו**			
	כן		**לא**	
	n	%	n	%
כן	2	6.3	30	93.7
לא	32	60.4	21	39.6

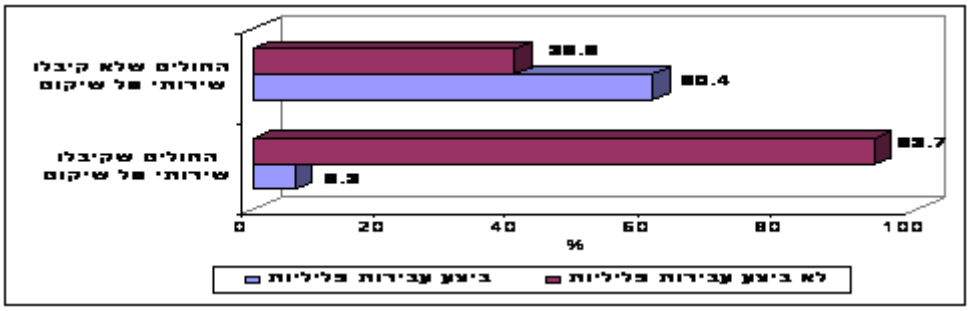
Pearson Chi-Square	24.357**
Phi	0.535**

p value < 0.05 *

p value < 0.01 **

תוצאות המבחן מעידות על קיום קשר מובהק בעוצמה בינונית (Phi=0.535, p<0.01) בין שייכות/אי-שייכות לקבוצת מקבלי סל שיקום לבין ביצוע עבירות פליליות. לפי כך, ניתן להסיק כי קיים הבדל משמעותי סטטיסטית בהתפלגות העבירות הפליליות בקרב החולים שקיבלו שירותי סל שיקום וחולים שלא שולבו בתוכנית.

פלילים אחרי הצו בקרב חולי נפש עבריינים לפי השתתפותם/אי-השתתפותם בתוכנית שיקום.

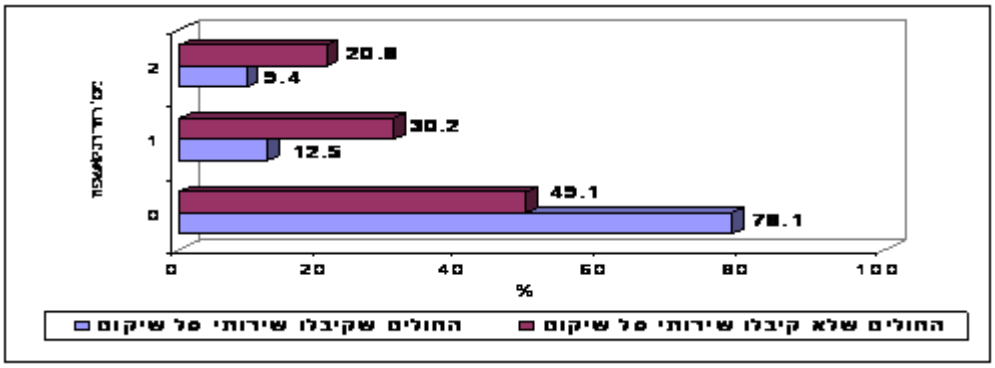


התפלגות העבירות הפליליות (באחוזים) נראית בצורה הבאה: בקרב החולים שהשתתפו בתוכנית השיקום רובם המכריע (93.7%) לא ביצעו עבירות פליליות לאחר שחרורם מאשפוז; לעומת זאת, בקרב החולים שלא השתתפו בתוכנית אחוז אלה שלא חזרו לעבירות פליליות הוא הרבה יותר נמוך (39.6%). תמונת מצב זו מעידה על תרומתה של תוכנית שיקום לירידה בשיעור העבירות הפליליות בקרב חולי נפש עבריינים לאחר שחרורם מאשפוז.

תוצאות הניתוח הסטטיסטי תומכות בהשערת המחקר באשר לשיעור הרציבויזם הנמוך יותר בקרב החולים המשתתפים בתוכנית השיקום, דבר המתבטא הן במספר חזרות לאשפוז והן במספר חזרות לעבירות פליליות.

תרשימים מס׳ 4 ומס׳ 5 מציגים בצורה גראפית את התפלגות החזרות לאשפוז וולונטרי וכפוי בקרב חולי נפש עבריינים לפי השתתפותם/אי-השתתפותם בתוכנית שיקום.

התפלגות החזרות לאשפוז וולונטרי בקרב חולי נפש עבריינים על פי השתתפותם/אי-השתתפותם בתוכניות שיקום.

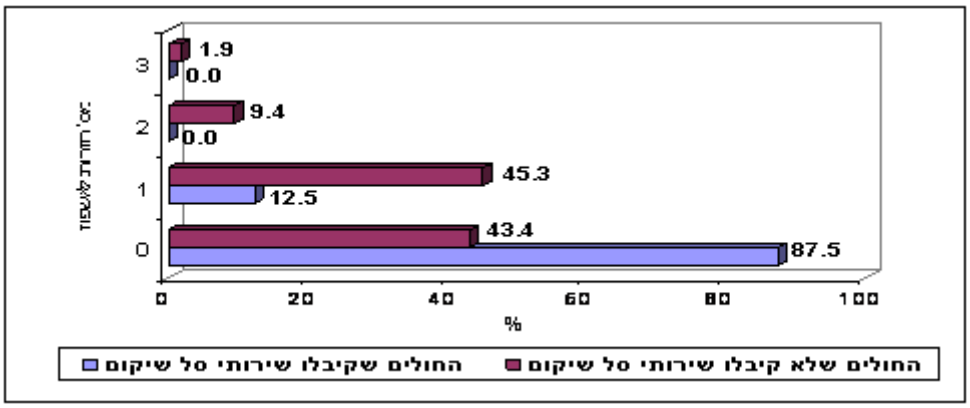


על פי הנתונים המופיעים בתרשים עולים הממצאים העיקריים הבאים:

- מספר האשפוזים הוולונטריים אחרי הצו נמוך יותר בקרב החולים שהשתתפו בתוכנית השיקום 12.5% אושפזו רק פעם אחת בלבד ו- 9.4% אושפזו פעמים (לעומת 30.2% ו-20.8% בקבוצת הביקורת).
- בהתאם, קבוצת המשתתפים בתוכנית השיקום מאופיינת באחוז גבוה יותר של מטופלים שלא אושפזו בכלל (78.1%,לעומת 49.1% בקבוצת הביקורת);

הבדלים משמעותיים יותר בין הקבוצות מתגלים תוך השוואה של מספר האשפוזים הכפויים אחרי הצו

התפלגות החזרות לאשפוז כפוי בקרב חולי נפש עבריינים על פי השתתפותם בתוכנית שיקום.



נתונים המיוצגים בתרשים מלמדים על כך שרוב המכריע בקרב החולים שקיבלו שירותי סל שיקום בכלל לא היו מאושפזים באופן כפוי (87.5%, לעומת 43.4% בקבוצת הביקורת). כל המטופלים האחרים בקבוצה (12.5%) היו מאושפזים רק פעם אחת בלבד, ושבקבוצת הביקורת,

לעומת זאת, שיעור האשפוזים הכפויים הוא הרבה יותר גבוה 45.3% מהחולים אושפזו פעם אחת, 9.4% אושפזו פעמים, ועוד 1.9% חזרו לאשפוז גם בפעם השלישית. בנוסף להתפלגות האשפוזים בשתי הקבוצות, יש לבחון גם את ההבדל במספר האשפוזים הכפויים והוולונטריים הממוצע.

מספר אשפוזים וולונטריים וכפויים הממוצע לפי השתתפותם/אי-השתתפותם בתוכנית שיקום.

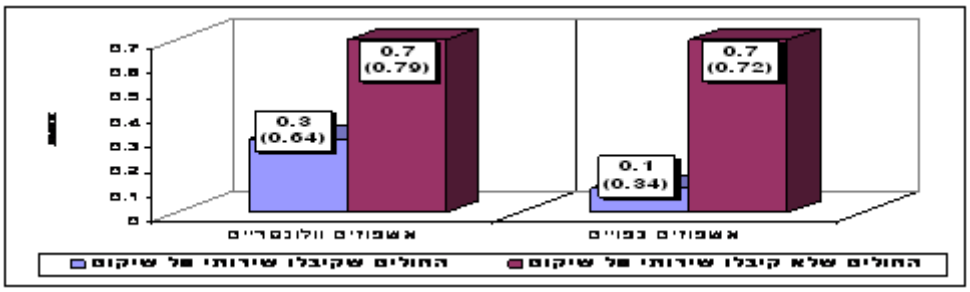
סוגי אשפוז	השתתפות בתוכניות שיקום	n	ממוצע	סטיית תקן	T
אשפוזים וולונטריים	כן	32	0.31	0.644	-2.565*
	לא	53	0.72	0.794	
אשפוזים כפויים	כן	32	0.13	0.336	-4.953**
	לא	53	0.70	0.723	

* p value < 0.05

** p value < 0.01

השוואת ממוצעים מלמדת על כך שקיים הבדל מובהק בין שתי קבוצות המחקר הן במספר האשפוזים הוולונטריים ($p < 0.05$) והן במספר האשפוזים הכפויים ($p < 0.01$). נמצא כי מספר האשפוזים הוולונטריים והכפויים הממוצע נמוך יותר בקרב החולים שהשתתפו בתוכנית השיקום = 0.3 ו- = 0.1 (עם סטיות תקן 0.64, 0.34), לעומת = 0.7 אשפוזים וולונטריים וכפויים בקבוצת הביקורת (עם סטיות תקן 0.79 ו- 0.72 בהתאם).

מספר אשפוזים וולונטריים וכפויים הממוצע בקרב חולי נפש עבריינים על פי השתתפותם בתוכנית שיקום



שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב חולי נפש עבריינים לפי השתתפותם/אי-השתתפותם בתוכנית שיקום.

	שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים אחרי הצו			
	לא		כן	
	%	n	%	n
השתתפות בתוכנית סל שיקום				
כן	93.7	30	6.3	2
לא	62.3	33	37.7	20
Pearson Chi-Square	10.311**			
Phi	0.348**			
שימוש בסמים לפני הצו				
כן	42.1	16	57.9	22
לא	100.0	47	0.0	0
Pearson Chi-Square	36.713**			
Phi	0.657**			

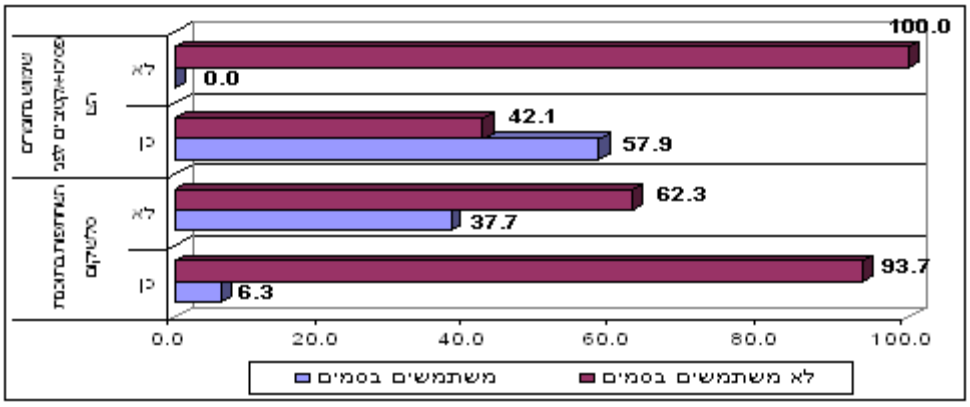
* p value < 0.05

** p value < 0.01

תוצאות הניתוח מעידות על כך שקיים קשר מובהק בעוצמה בינונית בין השתתפות בתוכנית השיקום לבין שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים אחרי הצו (Phi=0.348 ,$p > 0.01$). כפי שניתן היה לצפות, שיעור השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים נמוך יותר בקרב החולים שקיבלו את סל שירותי השיקום רק 6.3% משתמשים בסמים ו- 93.7% לא משתמשים בסמים, לעומת 37.7% ו- 62.3% בהתאם בקבוצת הביקורת .

קשר מובהק בעוצמה בינונית נמצא גם בין שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים לפני הצו לבין שימוש העכשווי (Phi = 0.657 ,$p < 0.01$). כל המטופלים שלא השתמשו בסמים לפני הצו גם לא עוסקים בכך לאחר שחרורם מאשפוז. בין אלה שהשתמשו בחומרים פסיכו-אקטיביים לפני הצו רובם (57.9%) נשארים מכורים לסמים גם לאחר שחרורם מאשפוז הכפוי .

שיעור השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים לפי השתתפותם בתוכנית שיקום ולפי שימוש בסמים לפני הצו.



דיון

מחקר זה בודק את תרומתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה לצמצום תופעת הרצידיביזם בקרב חולי נפש עבריינים, בהסתמך על מדד מעורבותם החוזרת בפלילים על רקע מחלתם, ובחזרתם לאשפוז. כאמור, מטרת החוק היא " לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים" (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000).

השערת המחקר הראשונה טענה כי שיעור הרצידיביזם (חזרה לאשפוז וולונטארי/כפוי וחזרה לביצוע העבירה) אצל חולי נפש עבריינים אשר קיבלו שירותי סל שיקום יהיה נמוך מזה של אלו שלא שולבו בתוכניות שיקום. בהתאם להשערת המחקר, ניתן לראות כי חולים אשר קיבלו שירותי סל שיקום מאופיינים בשיעור אשפוז נמוך יותר ובשיעור נמוך יותר של ביצוע מעשים פליליים בהשוואה לחולים אשר לא שולבו בתוכניות שיקום. נתונים אלו מעידים על תרומתה של תוכנית שיקום לירידה בשיעורי האשפוז ובשיעורי העבירות הפליליות בקרב חולי נפש עבריינים לאחר שחרורם מאשפוז כפוי.

השערה שניה טענה כי מספר החזרות לאשפוז וולונטרי וכפוי יהיה גבוה יותר בקרב מטופלים ששוחררו ללא תוכנית שיקום הניתנת עפ"י החוק. בהתאם להשערה נמצא כי שיעורי האשפוז הכפוי בקרב החולים אשר לא קיבלו שירותי סל שיקום גבוה יותר בהשוואה לחולים אשר קבלו את שירותי סל. בהתאם להשערת המחקר, נמצא כי מספר החזרות לאשפוז הכפוי גבוה יותר בקרב החולים ששוחררו לקהילה ללא תוכנית שיקום.

השערת המחקר השלישית טענה כי שיעור השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים יהיה גבוה יותר בקרב מי ששוחרר ללא סל שיקום. בהתאם להשערת המחקר, נמצא כי שיעור השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים גבוה יותר בקרב מי ששוחרר ללא סל שיקום.

השערת המחקר הרביעית הייתה כי שיעור החזרה לאשפוז כפוי צפוי לעלות אצל נבדקים אשר היו בעלי אשפוזים כפויים ומעורבות בפלילים בעברם, לעומת זאת הסיכוי לחזור לאשפוז בכפייה יקטן אצל נבדקים אשר אשפוזם היה ארוך יותר וכן אצל אלו שהשתתפו בתוכניות סל שיקום. בהתאם להשערת המחקר, נמצא כי הסיכוי לחזרה לאשפוז כפוי היה גבוה יותר אצל נבדקים אשר היו בעלי אשפוזים כפויים ומעורבות בפלילים בעברם, לעומת זאת הסיכוי לחזור לאשפוז כפוי היה קטן יותר אצל נבדקים אשר אשפוזם היה ארוך יותר וכן אצל אלו שהשתתפו בתוכניות סל שיקום.

השערת המחקר החמישית הייתה כי הסיכוי להיות מעורב בפלילים צפוי לעלות אצל נבדקים אשר היו בעלי אשפוזים כפויים ומעורבות בפלילים בעברם, לעומת זאת הסיכוי לחזור למעורבות בפלילים יקטן אצל נבדקים אשר אשפוזם היה ארוך יותר וכן אצל אלו שהשתתפו בתוכניות סל שיקום. בהתאם להשערת המחקר, נמצא כי למשתתפים בתוכנית השיקום היה סיכוי נמוך יותר לחזור לעבירות פליליות אחרי הצו בהשוואה לחולים שלא השתתפו בתוכנית. בנוסף, בניגוד להשערת המחקר, לא נמצא קשר בין מעורבות פלילית ואשפוז כפוי בעבר ובין הסיכוי להיות מעורב בפלילים.

כפי שתואר קודם לכן, נתוני חזרה לאשפוז בכלל וחזרה לאשפוז כפוי בפרט מצביעים על קיומה של בעיית הרצידיביזם. אחד ההסברים האפשריים לכך הוא ליקוי במדיניות הטיפול והשחרור של נפגעי הנפש העבריינים במוסדות האשפוז. סקירת הספרות המחקרית מראה כי יש מעט מאוד תוכניות של שיקום והחזרת החולים לקהילה, ולכן גם מועט מספר מחקרים אשר יכולים לבדוק אמפירית את יעילותן או אי יעילותן. סקירת הספרות מצביעה כי מצד אחד, ישנם מחקרים אשר דיווחו על התוכניות הללו כמצמצמות את תופעת הרצידיביזם (Rosenblatt & Mayer, 1974). מחקרים אלו הראו כי קיים קשר ישיר מובהק בין כמות המגעים הטיפוליים המתקבלים במסגרות שיקום קהילתיות לבין צמצום תופעת הרצידיביזם (Ventura, Cassel, Jacoby & Huang, 1998).

מצד שני, סקירת הספרות המחקרית מצביעה כי ישנם גם מחקרים שטוענים כי תוכניות אלו אינן יעילות מכיוון שמסגרות מסוג זה מהוות צורה נוספת של מיסוד קהילתי מגבילות את פרטיותם, ורבים ממשיכים להיות תלותיים במספקי השירותים להם נזקקים (Nelson, Hall & Bowers, 1998; Mak, Gow & Mak, 1993). המחקר הנוכחי מצטרף לקבוצה הראשונה של המחקרים בכך שהוא מראה כי תוכנית סל שיקום עשויה להוביל לירידה ברמת האשפוזים

החוזרים, ירידה רמת שיעורי העבריינות ירידה וברמת שיעור השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים.

המחקר הנוכחי מצטרף לשורה של מחקרים שמצאו קשר הפוך בין כמות הטיפולים שהמטופל מקבל לאחר שחרורו ובין שיעורי ההתנהגות העבריינית לאחר השחרור (Ventura, Cassel, Jacoby & Huang, 1998). כמו כן הממצאים הנוכחיים מחזקים ממצאים קודמים שהראו כי תופעת הרצידיביזם קשורה לחוסר בתשתית קהילתית וטיפולית מספקת Geller, 1982; Franklin, Kittredge & Trasher, 1985;). בהקשר הרחב יותר, בעקבות מגמות העל מיסוד התברר שרבים מאלו שהשתחררו מבתי חולים לחולי נפש לא זכו לטיפול הולם במסגרת הקהילה (אבירם, 2001). המחקר הנוכחי משתלב עם עדויות נוספות שהראו כי תוכניות שהבטיחו שירותים ותמיכה צמודה לחולי הנפש בקהילה הצליחו למנוע אשפוז בבית חולים ואפשרו המשך חיים בקהילה (אבירם, 2001 ; Stein & Test, 1985).

ממצאי המחקר הנוכחי עולים בקנה אחד עם ההתפתחות האידיאולוגית של בריאות נפש קהילתית במאה ה-20 והפסיכיאטרייה הקהילתית שנשאו על דגלם את המסר של אל-מיסוד: סגירת בתי חולים פסיכיאטרים והפניית המשאבים המתפנים לפיתוח שירותים בקהילה. הממצאים הנוכחיים מחזקים את האמנה המשקפת את התנועה לבריאות הנפש הקהילתית ואת גישת האל-מיסוד (Bachrach ,1977). בחמישים השנה האחרונות משולבים בטיפול הפסיכיאטרי כלים התורמים למאמץ המשותף לאפשר לחולי הנפש לחיות בתוך החברה ולא בשוליה. הגישות השיקומיות בבריאות הנפש מתבססות על מודלים חברתיים ועל תפיסות כוללניות יותר מאלו המוצעות במודל הרפואי. המחקר הנוכחי משלב גישות אלו ונותן תוקף אמפירי ליעילותן.

בנוסף, יש לזכור כי לממצאי המחקר הנוכחי יש תרומות משמעותיות בשני מישורים נוספים. הראשון, המישור האישי- השימוש בסל השיקום עשוי להוביל לצמצום הפגיעה בזכויות הפרט כיוון שיהיו פחות מקרים של אשפוז בכפיה. במישור השני, המישור החברתי- השימוש בסל השיקום ישמור על שלום הציבור בכך שהוא יפחית את שיעורי העבריינות והשימוש בסמים.

מטרת החוק לשיקום נכי הנפש בקהילה היא להביא את נפגעי הנפש תפקוד מקסימאלי בקהילה, תוך מתן השירותים המאפשרים תפקוד זה לאור מגבלותיהם. ניתן לראות כי משמעות המונח שיקום הוא תפקוד מקסימאלי לצד המגבלה. מכיוון שמחקרים רבים הראו כי חלק מהמאפיינים ומהמגבלות של חולי נפש עבריינים הם אי שיתוף פעולה עם שירותי שיקום וטיפול, וכי הדבר מוביל לעבריינות חוזרת לאשפוזים חוזרים (Franklin, Kittredge & Geller, 1982;)

Trasher, 1985, ייתכן ויש מקום לשקול לחייב את נפגעי הנפש העבריינים לקבל את סל השיקום כתנאי לשחרורם. מבחינת החברה, המחיר של ימי אשפוז חוזרים, שיעורי עבריינות ושימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים הוא עצום הן בממד הכלכלי והן בממד החברתי, ולכן יש צורך לשקול לחייב את אותם אנשים בסל שיקום. הדבר עולה בקנה אחד עם הגישה המתבססת על האידיאולוגיה כי במקרה של תחום בריאות הנפש שיקום הוא חלק בלתי נפרד מטיפול (Bullock, Wuttke, Klein, & Bechtoldt, 2001; Walsh & Holt, 1999).

בנוסף, התוצאות החד משמעיות של המחקר הנוכחי עשויות להצביע על שינוי אפשרי ביחס לחוק טיפול בחולי נפש בשני מישורים מרכזיים: במישור הראשון, ייתכן ויש לשקול את האפשרות כי סמכויות הוועדה הפסיכיאטרית יורחבו לסמכות להורות על טיפול מרפאתי כפוי (כיום סמכות זו נתונה בידי הפסיכיאטר המחוזי). במישור השני, ייתכן ויש לחייב חולי נפש עבריינים להיכנס לתוכניות של סל שיקום כתנאי לשחרורם.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי ישנן מספר מגבלות. ראשית, החולים שנבדקו השתייכו רק לבית חולים אחד בצפון הארץ (מזרע). יש צורך להרחיב את המחקר הנוכחי לבתי חולים נוספים במדגם כלל ארצי. בנוסף, המחקר הנוכחי כלל רק נבדקים גברים. יש צורך להרחיב את אוכלוסיית המחקר כך שתכלול נשים ונבדקים בגילאים שונים. אין לשלול את האפשרות כי בקרב נשים יתגלו דפוסים שונים של תופעת הרציבידיזם. כמו כן יתכן ותהיה השפעה של המאפיינים הסוציו אקונומיים של אזור המגורים של הנבדקים לגבי השפעות אפשריות של השתתפות/אי השתתפות בתוכניות סל השיקום.

שנית, יש מקום לבחון משתנים תלויים נוספים מלבד המשתנים שנבדקו במחקר הנוכחי (חזרה לאשפוז, שיעורי העבריינות ושיעורי השימוש בחומרים פסיכואקטיביים). לדוגמא, בחינת שיעורי הכניסה למעגלי העבודה, מאפייני הרשת החברתית, הקמת תא משפחתי ומדדים נוספים העשויים להצביע על מידת ההשתלבות בקהילה. שימוש במדדים אלו עשוי להגביר את תוקף המחקר ולהרחיב את הממצאים הנוכחיים.

בנוסף, יש חשיבות לבדוק את החוויה הסובייקטיבית של מקבלי סל השיקום, ולא להסתפק במדידת הצלחת השילוב באמצעות מדדים אובייקטיביים וכמותיים. לשם כך יתכן ויש להשתמש בשיטות מחקר איכותיות כדי להבין את החוויה הסובייקטיבית של הנבדקים שהשתתפו או לא השתתפו בתוכניות סל השיקום.

מגבלה נוספת היא שהמחקר בדק את מי ששייך לקטגורית של מקבלי סל השיקום- כלומר מי שמוכן לעבור גמילה מסמים ברצון. מי שמשתמש בסמים אבל לא מוכן לעבור גמילה מרצון לא שייך למקבלי סל השיקום ולכן לא נכלל בנבדקים במחקר הנוכחי. יש צורך לבדוק את אחוז המשתמשים בסמים לפני ששולבו בתוכניות סל שיקום שלא חזרו להשתמש.

המחקר הנוכחי מהווה מעין מחקר חלוץ שבדק את השפעות האפשריות של השימוש בסל השיקום. יש צורך במחקרים נוספים שירחיבו היבטים נוספים בסוגיה חשובה זו. לאור התפישה ההולכת וגוברת אשר מכירה באפשרות של הצלחה בטיפולם של חולי נפש עבריינים, יש צורך להמשיך ולחקור את הצרכים של אוכלוסייה זו. הספרות המחקרית מצביעה על יחסית מעט מאוד תוכניות לשילוב חולים בקהילה, ולכן גם מועט מספר מחקרים אשר יכולים לתמוך אמפירית בטענת יעילותן (Steadman et al., 1999).

יחד עם זאת, יש לזכור כי שיקום מוצלח תלוי לא רק בקבלה/אי קבלה של סל השיקום, אלא תגובה חיובית של הקהילה לחולי הנפש. התנאי ההכרחי לשילובם של חולי הנפש בחברה ולהגדלת הסיכוי שיכנסו לזרם המרכזי של החיים החברתיים הוא במידת הרגישות שהחברה תגלה כלפי קבוצות שוליות אשר בגלל נכות אינם מסוגלים לתפקד באופן עצמאי והם זקוקים להיווצרות תנאים מסייעים בהתאם לרמות השונות של המוגבלויות. הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית יכולה אך להמליץ על טיפול מרפאתי כפוי - מי שמוציאו בפועל זהו הפסיכיאטר המחוזי. הצעת תיקון החוק אישור בית המשפט לשחרור חולה - של ח״כ ושר הבריאות דאז נווה - דנה בדיוק בסוגיה זו. השאלה היא האם במסלול הפלילי זו צריכה להיות החלטתו של הפסיכיאטר המחוזי להורות על טיפול מרפאתי כפוי או, כפי שגוף משפטי הוא זה שקובע לגבי טיפול בכפייה בתחילת הדרך, הוא זה שצריך להעביר את השרביט לפסיכיאטר המחוזי רק לאחר שתמה תקופה ראשונית של טיפול מרפאתי כפוי במהלכה הוכח כי המטופל אכן משתף פעולה בטיפולו. במקרה של חוסר שיתוף הפעולה הפתרון המתבקש הוא לפי סעיפים 9 ו- 11 (המסלול האזרחי) לחוק טיפול בחולי הנפש **ובלבד** שמתמלאים התנאים להפעלת אמצעי כפייה.

הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית יכולה אך להמליץ על טיפול מרפאתי כפוי - מי שמוציאו בפועל זהו הפסיכיאטר המחוזי. הצעת תיקון החוק אישור בית המשפט לשחרור חולה - של ח״כ ושר הבריאות דאז נווה - דנה בדיוק בסוגיה זו. השאלה היא האם במסלול הפלילי זו צריכה להיות החלטתו של הפסיכיאטר המחוזי להורות על טיפול מרפאתי כפוי או, כפי שגוף משפטי הוא זה שקובע לגבי טיפול בכפייה בתחילת הדרך, הוא זה שצריך להעביר את השרביט לפסיכיאטר

המחוזי רק לאחר שתמה תקופה ראשונית של טיפול מרפאתי כפוי במהלכה הוכח כי המטופל אכן משתף פעולה בטיפולו. במקרה של חוסר שיתוף הפעולה הפתרון המתבקש הוא לפי סעיפים 9 ו-11 (המסלול האזרחי) לחוק טיפול בחולי הנפש **ובלבד** שמתמלאים התנאים להפעלת אמצעי כפייה.

מחלות הנפש הן תופעה רחבת היקף אשר פוגעת בכל שכבות האוכלוסייה. הספרות המקצועית מציגה נתונים של עלייה ברמות האלימות והעבריינות בקרב חולי הנפש. מעשיהם אינם נשלטים על ידם ונעשים כתוצאה ממצבם הנפשי המעורער. רצידיביזם בקרב חולי הנפש מתייחס הן לתופעת "הדלת המסתובבת" והן לחזרה על דפוסי ההתנהגות העבריינית. החוק לטיפול בחולי נפש - התשנ"א, 1991- נשען על המודל הרפואי ויוצא מנקודת הנחה כי חולה נפש המבצע עבירה על החוק הוא אדם חולה הזקוק לקבלת טיפול. הטיפול בחולי הנפש מבוסס על הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית המתייחסת לכל היבטי החיים של המטופל. לכן האפשרות לשלב שיקום בתוך תהליך שחרורו של מטופל הנמצא באשפוז כפוי מתוקף צו בית משפט נראית הדרך האופטימלית להגן הן על המטופל והן על שלום הציבור תוך שמירה על כבוד האדם וחירותו, כפי שמכתיב זאת חוק היסוד של מדינת ישראל.

לאור זאת, מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את הקשר בין חוק שיקום נכי נפש בקהילה (התש"ס-2000) לבין תופעת הרצידיביזם אצל חולי נפש עבריינים.

בהתבסס על סקירת הספרות ובהתאם למטרת המחקר נבנה מודל המהווה בסיס להשערות. בהתאם לרעיון שהוזכר לעיל, האומר כי עבריינות אצל חולי הנפש מתרחשת בתקופות של ירידה במצבם הנפשי, שילובם של נפגעי הנפש העבריינים בתוכניות סל השיקום תאריך את תקופות היציבות ובכך תגרום לצמצום תופעת הרצידיביזם

אי לכך, כשניתנת ההוראה לטיפול מרפאתי כפוי, שעל פי האמור לעיל משקף בדיוק את מטרות המבחן, מתבקשת במקביל הפנייה לשירותי שיקום, כאשר מתאם הטיפול יכול לשמש כקצין מבחן (תכיפות הקשר שלו עם המטופל גבוהה יותר מאשר זו של הרופא במרפאה, וכן תפקידו רחב יותר מאשר התחום הביולוגי בו עוסק הרופא לכן לא רצוי שהפסיכיאטר ימלא תפקיד קצין המבחן). ברור שלשם כך יזדקק מתאם הטיפול להכשרה נוספת בתחום המבחן, אך נראה כי העלות, הן כלכלית והן חברתית, של הכשרת מתאם הטיפול, שהינו בד"כ עובד סוציאלי, לתפקיד תהיה פחותה באופן משמעותי מעלות עבור ימי אשפוז מיותרים, או כאלה שניתן היה למנעם.

<u>רשימת מקורות:</u>

1. חוק לטיפול בחולי נפש , התשנ"א – 1991.

2. חוק יסוד: כבוד האדם וחרותו, התשנ"ב – 1992.

3. חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס – 2000.

4. ב"ש 196/80 טולדנו נ' מדינת ישראל.

5. ע"פ 3854/02, פסק דין בע"ש 738/01

6. אבירם, א. (1997). שירותי בריאות הנפש על פרשת דרכים: סיכויים וסיכונים לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, 11, 213-252.

7. אבירם, א. (2001). אינטגרציה חברתית של חולי נפש כרוניים: בעיה ישנה בהקשר חדש. בטחון סוציאלי,61, 42-61.

8. אבן-שושן, א. (1977). המלון החדש. כ.6, עמ' 2561. קרית-ספר בע"מ, ירושלים.

9. בירגר, מ., אסולין,י., קליאן,מ., אליש,י., גרינשפן,ח., וקוטלר,מ. (1999). על הקשר שבין אלימות לפסיכופתולוגיה. הרפואה, 137, 45-42.

10. גוטמן, מ. (1977). שליטת הרפואה בחוק הישראלי בנושא האשפוז הלא רצוני. בטחון סוציאלי,15, 133-146.

11. וייל, פ. (1997). טיפול אמבולטורי כפוי בישראל. רפואה ומשפט, 17, 95-92.

12. כרמי, א. (1997). רפואה ומשפט מסביב לעולם: א. טיפול בבריאות הנפש; ב. חובות הרופא, ונושאים אחרים. רפואה ומשפט, 16, 126-122.

13. לבקוביץ', י., ויזר, מ., לוי, ע., ונוימן,מ. (1993). היבטים טיפוליים ואתיים בנושא ההוראה לטיפול מרפאתי כפוי. הרפואה, 124, 672-669.

14. לכמן, מ. (1998). שיקום פסיכו סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? חברה ורווחה, יח' (1), 64-45.

15. לוי, ע. (1991). חקיקה פסיכיאטרית חדשה. הרפואה, 121, 531-529.

16. לוונטל, א. (2002). טיפול ושיקום של נפגעי סמים בישראל. מתוך מ. חובב (עורך), הטיפול בנפגעי סמים, 73-61. תל אביב: הוצאת צ'ריקובר.

17. ספיבק, ד. (1998). מספר הערות לעניין ייצוג נאשם המתנגד לאשפוז פסיכיאטרי. הסניגור, 16, 6-4.

18. פלדמן, ד., ובר און, י. (2001). תוכנית "סל שיקום" לנפגעי נפש ומשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב בריאות ורווחה. בטחון סוציאלי, 61, 107-80.

19. קנאי, ר. (2001). צו מבחן: מחלופה לעונש לעונש חלופי. מחקרי משפט, טז', 353-376.

20. שנתון סטטיסטי, (2002) – בריאות הנפש בישראל. משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש. http://www.health.gov.il/units/mental/statistic.htm

21. Amador, X., Strauss, D., Yale, S., Gorman, J. & Endicott, J. (1993). The American Journal of Psychiatry, 150, 873-879.

22. Anthony, W.A. & Lieberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical' conceptual and research base. Schizophrenia Bulletin, 12, 542-553.

23. Appleby, L., Desai, P.N. & Luchins, D.J. (1993). Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients. American Journal of Psychiatry, 150, 72-76.

24. Arboleda-Flórez, J. (1998). Mental illness and violence: An epidemiological appraisal of the evidence. The Canadian Journal of Psychiatry, 43, (10), 989-996.

25. Bachrach, L.L. (1977). Deinstitutionalization of mental health services in rural areas. Hospital and Community Psychiatry, 28 (9), 669-672

26. Bean, P. (1986). Mental disorder and legal control. Cambridge: Cambridge University Press.

27. Ben-Arie, O. (1988). Expressed emotion and the outcome of schizophrenic disorder. Psychiatric Insight, 5(3), 3-4.

28. Buel, G. & Anthony, W. (1973). Demographic characteristics as predictors of recidivism and posthospital employment. Journal of Consulting Psychology, 20, 361-365.

29. Bullock, W., Wuttke, G., Klein, M.,& Bechtoldt, H. (2001). Lucas County Forensic Diversion and Monitoring Project: Effectiveness

of a Forensic Diversion Program in Promoting Recovery. http://www.utoledo.edu/psychology/bullockforensicpaper.html.

30. Chung, M., Cummella, S., Wensley, J. & Easthope, Y. (1998). A description of a forensic diversion service in one city in the United Kingdom . Medical Sciences and the Law, 38, 24250.

31. Cohen, L.H. & Freeman, H. (1945). How dangerous to the community are state hospital patients? Connecticut State Medicine, 9, 697-700.

32. Eronen, M. Hakola, P. & Tuhonen, J. (1996). Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. Psychiatric Services, 47, 403-406.

33. Ferri, E. (1899). Criminal Sociology .New York . Copyright 1999, by the Rector and Visitors of the University of Virginia http://etext.lib.virginia.edu/toc/modeng/public/FerCrim.html

34. Fontana , A.F., Dowds, B.N. (1975).Assessing treatment outcome: II. The prediction of rehospitalization. Journal of Nervous and Mental Disease, 161, 231-238

35. Franklin, J. L., Kittredge, M. A. & Thrasher, J. H. (1975). A Survey of Factors Related to Mental Hospital Readmissions, Hospital and Community Psychiatry, 26, 749-751.

36. Geller, J.L., (1982). The Revolving Door: A Trap or a Life Style. Hospital and Community Psychiatry, 33, 388-389.

37. Gillis, L.S., Koch, A. & Joyi, M. (1989). Improving compliance in Xhos psychiatric patients. South African Medical Journal, 76(5), 205-208.

38. Gillis, L.S., Sandler, R., Jakoet, A. & Elk, R. (1986). Readmisions to a psychiatric hospital. Outcome on follow-up. South African Medical Journal, 70(12), 735-739.

39. Gillis, L.S., Trollip, D., Jakoet, A. & Holden, T. (1987). Non-compliance with psychotropic medication. South African Medical Journal, 72, 602-606.

40. Hammerman, T. (1984). Community Sheltered Residence For The Rehabilitation of the Mentally ill in Israel : A Survey of Their Populations, Purposes and Programs. M.A., University of Haifa .

41. Joyce, P.R., Kahn, A. & Jones, A.V. (1981). The Revolving Door Patient. Comprehensive Psychiatry, 22, 397-409.

42. Kruzich, J. M. (1985). Community integration of the mentally ill in residential facilities. American Journal of Community Psychology, 13, 553-564.

43. Lieberman, R.P.(1989). Future prospects for psychiatric rehabilitation, in: R.P.Lieberman (ed.), Handbook of Psychiatric Rehabilitation, Washington , D.C. : American Psychological Press, 317-325.

44. Lindqvist, P. & Allebeck,P.(1990). Schizophrenia and crime: a longtudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. The British Journal of Psychiatry, 157, 345-350.

45. Link, B.G., Andrews,H. & Cullen F.T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. American Sociological Review, 57, 275-292.

46. Link, B.(1996). Implications of psychosis for violent behavior (abstract). American Psychiatric Association Annual Meeting, 4-9 May, New York, NY.

47. Mak, K.Y., Gow, L., & Mak. J. (1993). Patients discharged from halfway houses in Hong Kong. International Journal of Mental Health, 22, 83-92.

48. McEvoy, J., Freter, S., Everett, G., Geller,J., Appelbaum, P., Apperson, L. & Roth, L. (1989). Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. Journal of Nervous and Mental Disease ,177(1), 48-51.

49. McNiel, D.E. & Binder, R.L. (1995). Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients` risk of violence. The American Journal of Psychiatry, 152, (6), 901-906.

50. Mojtabai, R., Nicholson, R.A. & Neesmith, D.H. (1997). Factors affecting relapse in patients discharged from a public hospital: Results from survival analysis. Psychiatric Quarterly, 68(2), 117-129.

51. Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behaviour. American Psychologist, 47, 511-521.

52. Nelson, G., Hall, G. B & Bowers, R. W. (1998). The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal empowerment of psychiatric consumer/survivors. Community Mental Health Journal, 34, 57-69.

53. National Institute of Drug Abuse (1999). Principles of drug addiction treatment a research baced quide. NIDA , USA .

54. O`Reilly, R.L.(2001). Does involuntary out-patient treatment work? Psychiatric Bulletin, 25, 371-374.

55. Preston, N.J., Kisely, S., & Xiao, J.(2002). Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. British Medical Journal, 324, 12-44.

56. Prins, H. (1990). Mental abnormality and criminality an uncertain relationship. Medicine. Science and Law, 30, 247-258.

57. Rabkin, J.G. (1979). Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research. Psychological Bulletin, 86, 1-27.

58. Rosenblatt, A. & Mayer J.E., (1974). The Recidivism of Mental Patients: A Review of Past Studies. American Journal of Orthopsychiatry, 44, 697-705.

59. Roskes, E. (1999). Offenders with mental disorders: A call to action. Psychiatric Services, 50 (12), 1596.

60. Skeem, J., Encandela, J. & Louden, J. (2003). Perspectives on Probation and Mandated Mental Health Treatment in Specialized and Traditional Probation Departments. Behavioral Scinces and the Low, 21, 1-30.

61. Steadman, H. J., Deane, M. W., Morrissey, J. P., Westcott, M. L., Salasin, S., & Shapiro, S. (1999). A SAMHSA research initiative assessing the effectiveness of jail diversion programs for mentally ill persons. Psychiatry Services, 50 (12), 1620-1623.

62. Stein, L.I., & Test, M.A. (1985). The Training in Community Living model: A decade of experience. New Directions for Mental Health Services, 26, 1-98.

63. Steury, E.H. & Choinski, M.(1995). Two group comparison of deadly and dangerous felonies. International Journal of Law Psychiatry, 18, 183-207.

64. Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & al., (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment. area surveys. Hospital and Community Psychiatry, 41, 761-770

65. Taylor, P.J.(1985). Motives for offending among violent and psychotic men. The British Journal of Psychiatry, 147, 491-498.

66. Torrey, E. F., Stieber, J., Ezekiel, J. Wolfe, S. M., Sharfstein, J., Noble, J. H., & Flynn, L. M. (1992). Criminalizing the Seriously Mentally Ill: The Abuse of Jails as Mental Hospitals. Washington D.C: National Alliance for the Mentally Ill and Public Citizens Health Research Group.

67. Ventura, L.A., Cassel, C.A., Jacoby, J.E. & Huang B. (1998). Case management and recidivism of mentally ill persons released from jail. Psychiatric Services, 49, 1330-1337.

68. Walsh, J., & Holt, D. (1999). Jail diversion for people with psychiatric disabilities: The sheriffs' perspective. Psychiatric Rehabilitation Journal, 23 (2), 153-160.

69. Yip, K. S. (1997). An overview of the development of psychiatric rehabilitation services in Hong Kong. Hong Kong Journal of Mental Health, 26, 8-27.

70. Zeff, K.N., Armstrong , S.C. , Crandell E.O. & Folen, R.A. (1990). Characteristics associated with psychiatric readmission in active-duty patients. Hospital & Community Psychiatry, 41(1), 91-93.

71. http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter2/index.htm

נספחים

נספח מס׳ 1

שאלון לאיסוף הנתונים

1. מס׳ סידורי: _____
2. שנת לידתו של הנבדק _____
3. מצב משפחתי: 1) רווק 2) נשוי 3) גרוש 4) אלמן 5) פרוד 6) חי עם בת זוג
4. מס׳ שנות השכלה: ____
5. דת: 1) יהודי 2) מוסלמי 3) נוצרי 4) דרוזי 9) אחר, ציין_____
6. ארץ מוצא: 1) ישראל 2) חבר העמים 3) מזרח אירופה 4) מערב אירופה 5) צפון ומרכז אפריקה 6) אסיה 7) דרום אמריקה 8) דרום אפריקה 9) אחר_____
7. שנת עלייה:_____
8. שרות צבאי: 1) מלא 2) חלקי 3) פרופיל 21 9) לא שירת מסיבות אחרות
9. מקור הכנסה עיקרי: 1) קצבת נכות ביטוח לאומי 2) קצבת נכות משרד הביטחון 3) פנסיה 4) שכר מעבודה 9) אחר, ציין_____
10. האם מונה אפוטרופוס? : 1) כן 2) לא (אם התשובה היא לא עבור לשאלה מס׳ 12)
11. האם האפוטרופוס הוא : 1) בן משפחה 2) גוף ציבורי 3) אחר

12. קיים קשר עם המשפחה: 1) לא 2) כן 9) לא ידוע

13. הסדר מגורים: 1) לבד 2) עם משפחה 3) עם שותף/ה (כולל דיור מוגן) 4) בהוסטל 9) אחר, ציין_____

14. מוכר למערכת הפסיכיאטרית החל משנת_____

15. תאריך אשפוז פסיכיאטרי ראשון: _____

16. תקופת האשפוז בצו: _____מס' ימים_____

17. סוג העבירה באשפוז עפ"י צו: _____

18. מס' אשפוזים לפני שאושפז בתוקף צו בית משפט בתקופה הנבדקת: _____ (אם אין עבור לשאלה מס' 20)

19. סוגי אשפוזים לפני האשפוז בצו בתקופה הנבדקת:

1) כפוי: *א. הוראת אשפוז (מס' אשפוזים)*_____

*ב. צו אשפוז (מס' אשפוזים)*_____

*ג. צו הסתכלות בלבד (מס' אשפוזים)*_____

*סה"כ אשפוזים כפויים לפני הצו בתקופה הנבדקת*_____

2) וולונטארי: פנייה עצמית *(מס' אשפוזים)*_____

באמצעות גורם מפנה: *(מס' אשפוזים)* _____

*סה"כ אשפוזים וולונטאריים לפני הצו בתקופה הנבדקת*_____

20. האם בשחרורו הופנה לסל שיקום? 1) כן 2) לא (אם התשובה היא "לא" עבור לשאלה מס' 24)

21. האם החלטות ועדת סל שיקום הושמו?

בתחום הדיור: 1) כן 2) לא 3) נשר מהתוכנית 4) לא רלוונטי

בתחום התעסוקה: 1)כן 2) לא 3) נשר מהתוכנית 4) לא רלוונטי

תחלואה כפולה: 1) כן 2) לא 3) נשר מהתוכנית 4) לא רלוונטי

22. מה הסיבה לאי-יישום/נשירה? 1) חוסר שתוף פעולה מצד המטופל

2) אי התאמה למסגרת וסירובה לקבלו/דחייה

3) אחר: _____

23. האם היו אשפוזים נוספים לאחר השחרור מהאשפוז בתוקף צו בית משפט? : 1) כן

2)כן, המשך ישיר 3)לא (אם התשובה היא לא עבור לשאלה מס' 27)

24. תאריך אשפוז נוסף ראשון לאחר השחרור מהאשפוז בתוקף צו : _____

25. סוגי אשפוזים : 1) כפוי : *א. הוראת אשפוז (מס' אשפוזים)*_____

*ב. צו אשפוז (מס' אשפוזים)*_____

*ג. צו הסתכלות בלבד (מס' אשפוזים)*_____

סה"כ אשפוזים כפויים לאחר השחרור מהצו :_____

2) וולונטארי : פנייה עצמית *(מס' אשפוזים)*_____

באמצעות גורם מפנה : *(מס' אשפוזים)* _____

סה"כ אשפוזים וולונטאריים לאחר השחרור מהצו :_____

27. סה"כ אשפוזים פסיכיאטריים : _____

28. האם ידוע על שימוש בסמים לפני האשפוז בתוקף צו בית משפט? 1) כן 2) לא (אם התשובה היא

"לא" עבור לשאלה מס' 30)

29. האם ידוע על שימוש בסמים כיום? 1) כן 2) לא (אם התשובה היא "לא" עבור לשאלה מס' 32)

30. האם ידוע על הסתבכויות בפלילים לפני האשפוז בתוקף צו בית משפט? 1) כן 2) לא

31. האם ידוע על הסתבכויות בפלילים לאחר השחרור מהאשפוז בתוקף צו בימ"ש? 1) כן 2) לא

נספח מס' 2

תיאור המדגם

ס.ת.	***ממוצע***	***%***	***n***	***קטגוריות המשתנה***	***שם המשתנה***
10.9	42.9		85		*גיל*
2.7	9.0		85		*השכלה*
		43.5	37	רווק	*מצב משפחתי*

		28.2	24	נשוי	
		25.9	22	גרוש	
		2.4	2	אלמן	
		91.8	78	כן	*קשר עם משפחה*
		8.2	7	לא	
		25.9	22	כן	*אפוטרופוס*
		74.1	63	לא	
		65.9	56	ישראל	
		12.9	11	חבר העמים	
		4.7	4	מזרח אירופה	
		12.9	11	צפון ומרכז אפריקה	*ארץ מוצא*
		1.2	1	אסיה	
		1.2	1	דרום אמריקה	
		1.2	1	דרום אפריקה	
		67.1	57	יהודי	
		25.9	22	מוסלמי	
		3.5	3	נוצרי	*דת*
		2.4	2	דרוזי	
		1.2	1	אחר : לא יודע	
		22.4	19	מלא	
		16.5	14	חלקי	
		16.5	14	פרופיל 21	*שירות צבאי*
		44.7	38	לא שירת	

נספח מס' 3

תיאור המשתנים התלויים

שם המשתנה	קטגוריות המשתנה	*החולים שקיבלו שירותי סל שיקום*				*החולים שלא קיבלו שירותי סל שיקום*			
		n	%	ממוצע	ס.ת.	n	%	ממוצע	ס.ת.
המשתנים התלויים									
סוגי אשפוז אחרי הצו : וולונטרי	0	25	78.1	0.31	0.644	26	49.1	0.72	0.794
	1	4	12.5			16	30.2		
	2	3	9.4			11	20.8		
	סה"כ	*32*	*100.0*			*53*	*100.0*		
סוגי אשפוז אחרי הצו : כפוי	0	28	87.5	0.13	0.336	23	43.4	0.70	0.723
	1	4	12.5			24	45.3		
	2	0	0.0			5	9.4		
	3	0	0.0			1	1.9		
	סה"כ	*32*	*100.0*			*53*	*100.0*		
סוגי אשפוז אחרי הצו : סה"כ	0	22	68.8	0.44	0.759	13	24.5	1.42	1.167
	1	7	21.9			17	32.1		
	2	2	6.3			14	26.4		
	3	1	3.1			7	13.2		
	4	0	0.0			1	1.9		
	5	0	0.0			1	1.9		
	סה"כ	*32*	*100.0*			*53*	*100.0*		
פלילים אחרי הצו	כן	2	6.3			32	60.4		
	לא	30	93.8			21	39.6		
	סה"כ	*32*	*100.0*			*53*	*100.0*		
שימוש	כן	2	6.3			20	37.7		

בסמים אחרי	לא	30	93.8			33	62.3		
הצו	סה"כ	32	*100.0*			53	100.0		