

הוראות והודעות

מספר ההוראה: 11.3 (הוראה 3 לפרק 11 בתע"ס) מס' עמודים: 84

תאריך תחולה: 1.12.2013 תאריך פרסום: כ' בטבת תשע"ד
23 בדצמבר 2013

הנחיות לטיפול בנפגעי התמכרויות בקהילה

=====

1. כללי

1.1 ההתמכרות הינה בעיה פרוגרסיבית הגורמת לנזקים אישיים, משפחתיים וסביבתיים. ומשליכה על הסביבה החברתית הרחבה ועל כן שיתופה בתהליכי הטיפול והשיקום הכרחי.

1.2 נפגעי ההתמכרויות מגיעים לטיפול בדרך כלל כאשר הם, נתונים במשבר בתחום האישי, המשפחתי, הבריאותי, כלכלי ותעסוקתי, או במס' תחומים במקביל.

1.3 הטיפול בנפגעי התמכרויות הינו מערכתי משפחתי.

1.4 ההימנעות משימוש מהווה מרכיב הכרחי בתהליך, למעט צרכני סובוטקס נקיים מסמי רחוב המטופלים ביחידות לטיפול ברשיון משרד הבריאות ומפוקחים ע"י רופא פסיכיאטר מלווה.

1.5 הוראה זו מפרטת את אופן הטיפול בהתמכרויות בקהילה.

2. הגדרות

- 2.1 עו"ס מטפל בנפגעי סמים/אלכוהול: כהגדרתו בהוראה 2.4 בתע"ס.
- 2.2 יחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות במחלקה לש"ח: מסגרת אמבולטורית, אשר נותנת מענה טיפולי לנפגעי התמכרויות ומהווה חלק מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. הפעילות מתבצעת על פי תקנות הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים התשנ"ד - 1994 ומצריכה קבלת רישיון להפעלה.
- 2.3 מסגרת אזורית לטיפול בנפגעי סמים/אלכוהול/הימורים: שזכתה במכרז של משרד הרווחה והשירותים החברתיים לטיפול בנפגעי סמים/אלכוהול/הימורים.
- 2.4 וועדת אבחון: כמפורט בתקנות הפיקוח על מעונות (תנאי קבלה ושהייה של מטופלים במעון שהוא מוסד לטיפול סוציאלי) התשנ"ד - 1994 סעיף 5
- 2.5 מרכז יום - מסגרת יומית המופעלת ע"י רשות מקומית המיועדת ל-12-20 מטופלים בו זמנית הפועלת בקהילה לפי תוכנית שבועית מובנית המבוססת על פעילות קבוצתית. המסגרת פועלת 5 ימים בשבוע, מ-08.00 - 15.00 ועל פי הצורך בשעות אחה"צ והערב, (כמפורט בהוראה 11.5 מרכז יום לטיפול בנפגעי התמכרויות) ונותנת מענה אזורי.
- 2.6 סובוטקס - טיפול תרופתי שמיועד למכורים להרואין לצורך אחזקה ממושכת או לצורך ייצוב וגמילה.

3. אוכלוסיית היעד

- נפגעי התמכרויות מגיל 18 ומעלה - כהגדרתם בסעיף 3 הוראה 11.1 בתע"ס.

4. תהליך הטיפול

4.1 הפנייה

א. הפנייה לטיפול בהתמכרויות יכולה להיעשות ע"י פניה עצמית או ע"י כל גורם אחר.

ב. עם קבלת פנייה תיערך לפונה ניפגע ההתמכרויות פגישה עם העו"ס המטפל ביחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות, במחלקה לש"ח, להיכרות ראשונית ולתיאום ציפיות.

ג. ניפגע אלכוהול:

1. מטופל הפונה למחלקה לשירותים חברתיים יופנה למסגרת לטיפול בנפגעי אלכוהול בתוך המחלקה או מחוצה לה לאחר ראיון עם עו"ס המטפל בהתמכרויות. כאשר אין עו"ס לטיפול בהתמכרויות יתקיים ראיון ע"י עו"ס שימנה מנהל המחלקה לש"ח.
2. כאשר המטופל פנה ישירות למסגרת האזורית, לאחר ראיון קצר, טלפוני או אישי במרכז, ייעשה בירור לגבי סיבת הפנייה מהות הבעיה והתאמה לטיפול.
3. הפונה יופנה באמצעות "טופס הפנייה למחלקה לשירותים חברתיים" (נספח א') באזור מגוריו לצורך בחינת זכאות לשרות. פונה שהופנה ע"י המסגרת האזורית למחלקה לשירותים חברתיים ימלא טופס פניה והצהרה (נספח ג' בהוראה 1.36 בתע"ס)

הטיפול במסגרת לטיפול בנפגעי אלכוהול יחל רק לאחר קבלת טופס השמה למסגרת חתום ע"י מנהל המחלקה לש"ח וגזבר הרשות המקומית. (נספח ב' 1/1) ובמקביל תשלח המחלקה לשירותים חברתיים טופס החלטה על השמה (נספח ב' 2/) לאגף מערכות מידע וענ"א במשרד.

באם תוך שבועיים מיום הפנייתו לא חזר עם טופס השמה למסגרת, (נספח ב') תעשה המסגרת בדיקה עם הפונה ו/או המחלקה לש"ח וגזבר

הרשות המקומית.

טופס ההשמה למסגרת החתום יהיה לתקופה של 12 חודשים כאשר המטופל הפסיק/סיים טיפול בתקופה זו, תישלח הודעה מיידית של המסגרת למחלקה לש"ח.

4.2 תהליך אבחון והערכה

- א. החליט הפונה להתחיל בתהליך טיפולי יוזמן לפגישות קבלה והערכה וימלא טופס פנייה והצהרה(נספח ג' בהוראה 1.36).
- ב. עובד סוציאלי המטפל בנפגעי התמכרויות יאסוף את כל המידע אודות המטופל ומשפחתו בטופס "שאלון אינטייק לנפגעי התמכרויות" (נספח ג') וימלא טופס נתוני יסוד (ראה הוראה 1.19 בתע"ס).
- ג. במסגרת תהליך האבחון וההערכה יתקיימו עד כ-10 מפגשי היכרות לתקופה של עד כחודשיים ימים בהם ייערכו בדיקות לפונה (שתן ו/או נשיפה), וביקור בית עפ"י הצורך. עם תום תקופת האבחון ובתנאי שהגיע לכל הפגישות ועמד בהתחייבויותיו, תתקיים ועדת האבחון, יחתם הסכם טיפולי בין הפונה ליחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות במחלקה לש"ח/במסגרת.
"הסכם טיפולי ביחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות מחלקה לשירותים חברתיים / מסגרת" (נספח ד').
- ד. באם הגיע מטופל בעודו משתמש פעיל בחומרים, יפנה העו"ס את המטופל לגמילה פיזית עד חודש מיום הפנייה ויתחייב לקבלו לטיפול עם חזרתו מטיפול הגמילה.
- ה. באם הגיע מטופל שמתאים לתכנית לאחזקת מתדון יופנה עפ"י צורך.
- ו. באם הגיע מטופל שששתמש באלכוהול יתקיימו אחד מהשניים:

1. הוחלט על תהליך של גמילה אמבולטורית שתיערך במסגרת האזורית לטיפול בנפגעי אלכוהול, יחל המטופל התהליך תוך חודש מיום קליטתו בטיפול.
2. יופנה עם תום האבחון ועד חודשיים מיום הפנייה לגמילה באישפוזית.

ז. מטופל הסובל מתחלואה כפולה יידרש להיות במעקב קבוע גם אצל גורם פסיכיאטרי שייקח אחריות וחלק פעיל בתהליך.

במהלך כל תהליך הטיפול, לא ישהה מטופל במערכת למעלה משלושה חודשים כשהוא אינו נקי מחומרים פסיכואקטיביים.

4.2.1 ועדת אבחון

- ועדת האבחון תתקיים במסגרת היחידה לטיפול בהתמכרויות במחלקה לש"ח.
- במקרה של נפגע אלכוהול שהופנה לטיפול אזורי, ועדת האיבחון תיערך ביחידה האזורית לטיפול בנפגעי אלכוהול.
- הרכב ועדת האיבחון:
- מרכז/מנהל היחידה/מנהל המחלקה לש"ח - יו"ר
 - עו"ס מטפל בהתמכרויות - מרכז
 - עו"ס/ים מטפל/ים במשפחה
 - איש מקצוע מתחום ההתמכרות או אחר המכיר את המטופל
 - מפקח מחוזי יישותף בועדת האיבחון רק במקרים חריגים או מורכבים ובמחלקות הקטנות.
 - המטופל
 - בני משפחתו של המטופל, עפ"י הצורך

- ועדת אבחון תדון בנתונים שאספו כל משתתפיה ותחליט על:
1. תכניות הטיפול והשיקום המתאימות ביותר לנפגע ההתמכרויות ומשפחתו כגון:
 - א. טיפול ביחידה,
 - ב. טיפול ביחידה + מרכז יום,

- ג. הפנייה למסגרות אחרות מחוץ לקהילה, כגון: קהילה טיפולית, בית לחיים, הוסטל.
- ד. הפנייה לגורמים טיפוליים אחרים בקהילה או מחוצה לה עקב אי התאמה להגדרת אוכלוסיית היעד בהתאם לסעיף 3 לעיל.
2. אישור ההחלטה על הפניית/אי הפניית המטופל לביטוח לאומי לצורך קבלת גמלה בעילת שיקום.

בתום הדיון, לאחר שהתקבלה ההחלטה על תכנית טיפול מותאמת לצרכי המטופל, ימולא טופס "סכום דיון" (נספח ו). מרכז הועדה יירשום סכום דיון ניפרד לכל מטופל ומטופל ויחתים את חברי הועדה. הטופס יתויק בתיק ועדות איבחון ביחידה/במסגרת ובתיק המטופל. העתק ממנו יישלח למפקח המחוזי.

4.3 הפניית מטופל למוסד לביטוח לאומי לקבלת גמלת הבטחת הכנסה

בעילת שיקום:

עובד סוציאלי המטפל בנפגע התמכרויות יפנה את מטופל למוסד לביטוח לאומי לקבלת גמלה להבטחת הכנסה עפ"י ההסדר ועל גבי טופס "הפניית נפגע התמכרויות לסניף בטל"א לצורך קבלת/הפסקת גמלה להבטחת הכנסה" (נספח ז).

העובד יצרף את המסמכים כדלקמן:

1. טופס סכום דיון (נספח ו')
2. דו"ח חודשי לביטוח הלאומי על מצב המטופל (נספח ח')
3. בתום 6 ח' מפנייתו של המטופל תתקיים במידת הצורך ועדת איבחון והערכה.
4. כאשר המטופל נימצא בטיפול מעבר לשנה ועד שנה וחצי, והעו"ס המטפל מוצא לנכון להמליץ על המשך קבלת הבטחת הכנסה מהביטוח הלאומי עפ"י ההסדר, יצרף העו"ס "המלצה על הארכת הבטחת הכנסה אודות המטופל/ת" (נספח ט') מהמפקח המחוזי ויעביר לביטוח הלאומי.
5. כאשר המטופל נמצא בטיפול מעבר לשנה וחצי ועד שנתיים, והעובד

מוצא לנכון להמליץ בפני הביטוח הלאומי על המשך קבלת הבטחת הכנסה עפ"י ההסדר, ייפנה העובד למפקח המחוזי בבקשה לקבלת אישור ממנהל/ת השירות לטיפול בנפגעי התמכרויות ויעביר האישור "הארכת תקופת גמלת הבטחת הכנסה כמשתקם למטופל נפגע התמכרויות". (נספח י') לביטוח הלאומי.

6. נפגעי אלכוהול:

אובחן מטופל בוועדת אבחון והערכה כלא מתאים למסגרת הטיפול, או אינו מצליח להפסיק, לשתות ומדובר במצב שאינו ניתן לשינוי בשלב זה, יופנה למרכז איבחון של המוסד לביטוח לאומי.

גמלת הבטחת הכנסה למטופלים עפ"י ההסדר תינתן עד שנתיים בלבד.

4.4 סוגי הטיפול:

תוכנית הטיפול תהיה בהתאם למטרות הטיפוליות שהומלצו בוועדת אבחון עבור המטופל. תהליך הטיפול כולו ילווה במעקב לגילוי חומרים פסיכו-אקטיביים, כגון: בדיקות שתן, בדיקות נשיפה. העובד הסוציאלי המטפל בנפגעי התמכרויות ייתן הדגשים במסגרת הטיפול הן בטיפול פרטני הן בטיפול קבוצתי והן בהתערבויות משפחתיות, למאפיינים של המטופלים כגון: נשים, עולים חדשים וחולים במחלות פיזיות או נפשיות (נספח י"ב). תקופת הטיפול ביחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות לא תעלה על שנתיים. לאורך תקופת הטיפול ביחידה, ישתמש העובד הסוציאלי במתודות טיפוליות כגון:

4.4.1 טיפול פרטני:

- א. העו"ס המטפל ייפגש עם המטופל לפחות פגישה טיפולית אחת לשבוע.
- ב. העו"ס המטפל יתייחס לנושאים טיפוליים הקשורים לחייו של המכור ללא חומר כגון:
הפרידה מהחומר, בניית סביבה חברתית חדשה ומותאמת,

התמודדות במסגרת המשפחה הגרעינית והמורחבת, מיומנויות הוריות, שיתוף ההורים בטיפול, רכישת מיומנויות לשילוב בעולם העבודה.

4.4.2 טיפול קבוצתי:

הטיפול באמצעות הקבוצה מאפשר למטופל לחוות טיפול מתוך התבוננות בתהליכים הפנימיים והבין אישיים שעוברים על חברי הקבוצה ועליו, לשפר מיומנויות בינאישיות, להתמודד עם גבולות המסגרת, למידה של נתינה וקבלת משוב, ועוד.

להלן פירוט הקבוצות האפשריות:

קבוצת הכנה לטיפול: קבוצה שמטרתה הכנה לקליטה של המטופלים ושילובם בתהליך הטיפול והשיקום, וסיוע להם בהתמודדות עם ההימנעות משימוש בחומר בתקופת ההמתנה לטיפול.

קבוצת נקיים: קבוצה שכל חברה הם מכורים נקיים שנמצאים בתהליך הטיפול.

קבוצות נוספות המיועדות לסייע ולתמוך בתהליכי השינוי שעוברים על המטופל המכור הנקי ומשפחתו, כגון: קבוצות לבני/בנות זוג, קבוצת הורים של ניפגע התמכרויות, קבוצות הורים של מכורים, ועוד.

4.4.3 התערבויות טיפוליות נוספות:

העובד הסוציאלי המטפל בנפגעי התמכרויות יתערב התערבויות טיפוליות בשיתוף בני המשפחה, משלב האבחון ועד סיום הטיפול על פי הצורך, כגון: התערבויות משפחתיות, זוגיות וילדים בסיכון. ילדי מכורים:

א. כחלק מהטיפול בנפגע ההתמכרויות, על העובד לזהות ילדים של ניפגע התמכרויות שבטיפולו, הזקוקים להתערבות טיפולית ולתאם את הטיפול בהם עם העובד הסוציאלי המטפל במשפחה ועפ"י הצורך, עם פקיד הסעד לחוק הנוער בשיתופו של נפגע

ההתמכרויות. במקרה הצורך יועבר עניינו של הילד ע"י העו"ס המטפל בנפגעי התמכרויות ועו"ס המשפחה לדין בוועדת החלטה עפ"י הוראה 8.9 בתע"ס.

ב. קבוצות ילדי מכורים שבטיפול היחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות, יונחו ע"י עו"ס מומחה בטיפול בהתמכרויות וע"י עו"ס מומחה בטיפול בילדים ובני נוער. מטרת הטיפול בקבוצות אלה יהיה הקניית מיומנויות להתמודדות בחיים בצל ההתמכרות, עפ"י צרכיהם של הילדים. הקבוצות יותאמו לילדים בפערי קבוצות גיל של עד שנתיים בלבד.

4.5 מרכז יום

מטופל שוועדת אבחון המליצה על הפנייתו לטיפול במרכז היום, ישהה במרכז לתקופה של 6 עד 9 חודשים, וישתתף בפעילויות קבוצתיות לרכישת מיומנויות של תכנון סדר יום, עמידה בלוח זמנים, תקשורת בינאישית, אחריות אישית וקבוצתית, השתלבות במסגרת נורמטיבית, וכדו'. כמו כן ישתתף המטופל בחוגים, סדנאות, טיולים, ובכל מה שקשור לפעילויות מרכז היום. (ראה הוראה 11.4 בתע"ס) לקראת סיום תקופת השהות של המטופל במרכז היום, ייבדקו עימו אפשרויות השיקום המקצועי.

4.6 תקופת השיקום

בתקופת השיקום מתמודד המתמכר עם ההיבטים הנפשיים והחברתיים של ההתמכרות. בשלב הזה מושם דגש על תפקודו הנורמטיבי, בעזרת טיפול פרטני, קבוצתי ומשפחתי. כמו כן מושם דגש רב על שילובו בעולם העבודה. לשם כך יעבור המטופל עפ"י הצורך אבחון מקצועי וישולב במסגרת שיקומית תעסוקתית, בהכשרה מקצועית או בהשלמת השכלה באמצעות המוסד לביטוח לאומי, או בסדנא לחיפוש עבודה או יחפש עבודה באופן עצמאי.

4.7 הערכה תקופתית

בהתאם לתקנות הפיקוח על המעונות (תנאי קבלה ושהייה של מטופלים במעון שהוא מוסד לטיפול סוציאלי בתשנ"ד-1994) תתקיים הערכה תלת חודשית לגבי כל מטופל ותרשם ב"טופס סכום תלת חודשי" (נספח י"ג).

4.8 הפסקת הטיפול

בהתאם לסעיף 11 בתקנות הפיקוח על המעונות התשנ"ד-1994.

עובד סוציאלי לטיפול בנפגעי התמכרויות יישלח הודעה למטופל (למעט נפגע אלכוהול) על הפסקת טיפול בטופס "סכום נסיבות עזיבה" (נספח י"ד) אם שלושה חודשים לא התקיים קשר עמו על אף פניות של העובד הסוציאלי למטופל בעל פה ובכתב. במקרה של נפגע אלכוהול, יודיע העובד הסוציאלי על הפסקת טיפול אם המטופל לא הגיע 3 פגישות ברצף וימלא מיידית טופס השמה למסגרת בציון תאריך העזיבה.

4.9 סיום טיפול

- א. ההחלטה על סיום טיפול תתקבל בידי העובד הסוציאלי המטפל בנפגעי התמכרויות בשיתוף המטופל, לאחר שהושגו היעדים הטיפוליים שתוכננו, בתקופה מרבית של עד שנתיים.
- ב. תקופת הטיפול באישה מכורה תהיה עד ל-4 שנים.
- ג. עם סיום הטיפול ימלא עו"ס המסגרת "טופס תמצית סכום טיפול" (נספח ט"ו)
- ד. לנפגעי אלכוהול יש להעביר את הטופס למחלקה לש"ח. עו"ס המחלקה לש"ח ימלא טופס השמה למסגרת בציון תאריך סיום הטיפול.
- ה. במקרה של טיפול בנפגעי סמים, הטופס יתויק בתיק המטופל.

5. תיק המטופל

בהתאם לסעיף 9 לתקנות הפיקוח על המעונות (תנאי קבלה ושהייה של מטופלים במעון שהוא מוסד לטיפול סוציאלי בתשנ"ז-1994), יודא עובד

סוציאלי המטפל בנפגעי התמכרויות עדכון רישומים כנדרש בתיק מטופל בנפגעי התמכרויות בכל שלב משלבי הטיפול. בתיק יירשמו באופן מסודר ושוטף פרטי האבחון, התכנית ושלבי הטיפול, כפי שייקבעו בוועדת אבחון, וכן מהלך הטיפול. בתיק המטופל במחלקה לשי"ח יתויקו הטפסים הבאים: טופס פניה והצהרה, טופס נתוני יסוד, טופס הסכם טיפולי, סיכום דיון ועדת קבלה, טופס אינטייק, וכל חומר אחר עפ"י הצורך.

בנוסף, יעבירו היחידות האזוריות לטיפול בנפגעי אלכוהול למחלקה את הטפסים הבאים:

א. עם סיום הליך האבחון במסגרת יישלח העתק של "טופס וועדת אבחון והערכה" לאחראי נושא הפניות של נפגעי אלכוהול במחלקה לשירותים חברתיים.

ב. אחת לשלושה חודשים יישלח "טופס עדכון תלת חודשי" לאחראי לנושא הפניות של נפגעי אלכוהול במחלקה לשירותים חברתיים (נספח י"ג).

ג. אירועים חריגים ידווחו באופן מיידי בהתאם לסעיף 7.

ד. כל הטפסים יתויקו בתיקו האישי של המטופל הן במסגרת לטיפול בנפגעי אלכוהול והן במחלקה לשירותים חברתיים.

ה. במקרים של פנייה חד פעמית תירשם הפנייה בתיק פניות חד פעמיות.

6. עקרונות ודרכי עבודה בטיפול בנפגעי התמכרויות בין השירות לטיפול בנפגעי התמכרויות לבין:

א. הרשות לשיקום האסיר - ראה (נספח ט"ז) רצף טיפולי לאסירים לקראת שחרור

ב. שירות מבחן למבוגרים - ראה (נספח י"ז) נוהל שיתוף פעולה בין שירות המבחן למבוגרים והשירות לטיפול בהתמכרויות.

7. טיפול באירועים חריגים

7.1 הגדרת אירוע חריג:

כל אירוע החורג משגרת היום ביחידה, כדלקמן:

א. אירוע אלימות בין מטופל למטופל או בין מטופל ואנשי צוות -
עפ"י הוראה 1.14 בתע"ס

ב. אירוע התנהגות בלתי הולמת בין מטפל למטופל:
עפ"י חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו-1996 ותקנות העובדים הסוציאליים (כללי אתיקה מקצועית) התשנ"ט-1999 שמפורסם בהוראה 2.3 בתע"ס. בכל מקרה של חשד על התנהגות בלתי הולמת בין מטפל למטופל יש לדווח מיידית למנהל המחלקה לש"ח/המסגרת. המנהל או מי מטעמו, ידווח מיידית לפיקוח המחוזי. המפקח המחוזי יבדוק את האירוע ונסיבותיו תוך 48 שעות ויביא את המלצותיו למנהל השירות. מנהל המסגרת בהתייעצות עם הממונה עליו והפיקוח המחוזי ישקול המשך העסקתו של המטפל במסגרת, עד לסיום בדיקת האירוע.

ג. אירוע אובדני או פגיעה עצמית
במקרה של נסיון/חשד או איום של מטופל לפגיעה עצמית ידווח המטפל מיידית למנהל המסגרת או מי מטעמו והם ידווחו למשטרה/בריאות הנפש.
במקרים בהם המטופל מוכר על ידי בריאות הנפש, ידווח העובד באמצעות מנהל המסגרת מיידית לפסיכיאטר המטפל. לאחר הדיווח למשטרה ובמקרים בהם אין גורם פסיכיאטרי מלווה יפנה המטפל את המטופל מיידית למרפאה לבריאות הנפש/ או לחילופין למיון פסיכיאטרי.
המקרה ידווח לבני המשפחה רק בהסכמת המטופל המנהל ידווח למפקח תוך 24 שעות מהתרחשות האירוע.

7.2 דרכי דיווח

- א. פרטי האירוע ידווחו על גבי "טופס דיווח אירוע חריג לפיקוח המחוזי", (נספח י"ז) לא יאוחר מ-24 שעות מקרות האירוע.
- ב. דוח האירוע יתויק בתיק אירועים חריגים.
- ג. אירוע הקשור למטופל יתויק גם בתיקו האישי.
- ד. במקרה וידוע על מטופל אשר מחזיק ברשותו נשק ברישיון ולא ברישיון, העובד יפעל עפ"י הוראה בתע"ס 1.34 או עפ"י הנחיות משרד הבריאות.

7.3 לקחים ומסקנות

- א. מנהל/ת השירות על פי שיקול דעתו ימנה צוות בודק על האירוע שדווח.
- ב. יו"ר הצוות הבודק יגיש בכתב מסקנות והמלצות למנהל השירות.
- ג. בהתאם למסקנות מנהל/ת השירות יחליט על דרכי פעולה המשכיים.
- ד. ההמלצות והמסקנות יובאו לידיעת המעורבים באירוע.
- ה. היחידה לטיפול בהתמכרויות בשיתוף המפקח המחוזי, תבצע תהליך של הפקת לקחים הכולל מעקב אחר השינויים שנעשׂו בעקבות הפקת הלקחים, אשר ייבדקו פעמיים בשנה, מאז התרחשות האירוע. הדו"ח יתויק בתיק אירועים חריגים במחלקה ובמחוז.

7.4 במהלך אירוע חריג יש לסייע ליחידה להתארגן להתמודדות עם המשבר כולל תמיכה נוספת בצוות ובמטופלים.

8. צרכים ייחודיים

8.1 נפגע ההתמכרויות ומשפחתו אשר משתתפים בתהליך הטיפול בצורה קבועה, ועלו במהלך צרכים מיוחדים של נפגע ההתמכרויות ומשפחתו יגיש העו"ס דו"ח סוציאלי עדכני שיכלול את ציון מידת האינטנסיביות של הקשר הטיפולי ואת ציון מיצוי כל האפשרויות האחרות למימון. להלן הצרכים שבגינם ניתן לפנות:

א. תשלום נסיעות לנפגע ההתמכרויות לצורך קבלת טיפול מחוץ למקום מגוריו למעט מסגרות אזוריות לטיפול באלכוהול.

ב. תשלום נסיעות לבני משפחת נפגע ההתמכרויות לצורך ביקור בקהילה טיפולית כאשר הביקור חיוני לקידום הטיפול בו.

ג. מימון לימודים לנפגע ההתמכרויות לצורך: דמי הרשמה, תשלום ראשון, ציוד ראשוני בסיסי, תשלום עבור מבחני מיון

ד. השתתפות בטיפולים רפואיים לנפגע ההתמכרויות אשר אינם ממומנים במסגרת חוק הבריאות הממלכתי או ע"י גורם אחר ונדרשים כחלק מתכנית לשיקומו, כגון: עזרה בגמילה פיזית, הסרת כתובות קעקע.

ה. אבחון פסיכולוגי, אבחון ללקויי למידה, וכו' לנפגע ההתמכרויות. העובד הסוציאלי המטפל בנפגעי התמכרויות יפנה בקשה באמצעות דו"ח סוציאלי עדכני אל המפקח המחוזי של השרות לטיפול בהתמכרויות.

לבקשה יצורף טופס חישוב והחלטה של עובד מינהל וזכאות, (ט"ז8)

8.2 תחשיב זכאות

תחשיב הזכאות ייעשה עפ"י טבלת ההשתתפות בהוראה 3.16 בתע"ס,

ותכלול קבלת 3 הצעות מחיר ובחירת ההצעה הטובה מביניהן. השירותים שיינתנו במסגרת הצרכים הייחודיים יהיו עד גובה 20 נקודות זיכוי לשנה ליחידה משפחתית.

8.3 אישור הבקשה

יתקיים דיון בבקשתו של המטופל בהשתתפות מרכז השירות במחוז, המפקח המחוזי על המחלקה והעו"ס המטפל. אושרה הבקשה, יעביר המפקח המחוזי את הסכום שנקבע, למחלקה לש"ח. יש להעדיף העברת הסכום ישירות לנותן השירות.

9. השתתפות עצמית

כל לקוח המטופל ביחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות חייב השתתפות עצמית בגובה 0.33 נ"ז לחודש.

10. השימוש בתקבולים

- א. התקבולים על טיפול בנפגעי התמכרויות מיועדים לפיתוח הפעילות במחלקה לש"ח באותה הרשות.
- ב. תקבולי המטופלים ייאספו בקופה משותפת וישמשו לפעולות הבאות: הדרכת עובדים, פעילויות העשרה למטופלים, טיולים ואירועים למטופלים, קניית שירות מקצועי מיוחד למטופלים, ציוד ופריטים לעבודה עם קבוצות וכד'.

11. ג ב י ה

הפונה ישלם את דמי ההשתתפות החודשית ברשות המקומית.

12. דיווח

- 12.1 הדיווח על המטופלים עפ"י נוהל מסגרות
12.2 הדיווח על צרכים מיוחדים על גבי טופס ט"ז 17

13. מימון

המימון מתקנה תקציבית "סיוע למטופלים" 23.11.25.21, בהתאם לתקציב המאושר ועפ"י הסיווג.

14 בקרה

משרד הרווחה והשירותים החברתיים מפעיל בקרה שוטפת באמצעות מפקחיו ועובדי האגף לביקורת פנימית.

יוסי סילמן
המנהל הכללי

נספח א' (11.3)

שם המסגרת _____ תאריך: _____

אל: המחלקה לשירותים חברתיים

טופס הפניה למחלקה לשירותים חברתיים

הנדון: _____ שם משפחה ושם פרטי
_____ מס' זהות

כתובת

הני"ל פנה אלינו לטיפול במסגרת בתאריך _____
להלן הפרטים שנאספו על ידינו:

מצב משפחתי _____ תאריך לידה _____

מצב תעסוקתי: (סמן) עובד: () מלא / () חלקי / () לא עובד

טלפון בבית: _____ טל' נייד: _____

מטופל במסגרת אחרת: כן / לא
אם כן, פרט: _____

מוכר במחלקה לשירותים חברתיים: כן / לא

בעיית שימוש: (סמן) אלכוהול / סמים / הימורים

שם ממלא השאלון _____ תפקיד _____ חתימה _____

מנהל המחלקה לשייח

נספח ג' (11.3)

שאלון אינטייק לנפגעי התמכרויות

הערה: מילוי הטופס הינו תוצר של דיאלוג בן מסי מפגשים עם המטופל בו נשאלות השאלות ישירות ע"י המטפל את המטופל. לאחר עיבוד החומרים שנאספו ימלא המטפל את טופס האינטייק.

כללי:

שם המטופל _____ ז / נ (סמן) מס' זהות _____

כתובת _____

המסגרת, ציין: (סוציאלי, משולב, אמבולטורי, פנימייתי) _____

גורם מפנה

() עצמית

() בני משפחה ו/או חברים

() שירות מבחן למבוגרים

() שי רות בתי הסוהר (שב"ס)

() רשות שיקום האסיר (רש"א)

() בית המשפט

() הביטוח הלאומי

() בריאות הנפש

() משטרה

() בית חולים/קופת חולים

() אחר (נא לפרט) _____

מספר פניות לטיפול

() ראשונה

() חוזרת (סמן) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____

רקע דמוגרפי

תאריך לידה _____

ארץ לידה

- () ישראל
- () אסיה
- () אזרבייג'אן
- () דגסטן
- () הודו
- () טורקמניסטן
- () אתיופיה
- () מערב אירופה
- () צרפת
- () מזרח אירופה
- () אוקראינה
- () חבר העמים
- () רוסיה
- () צפון אפריקה
- () דרום אפריקה
- () צפון אמריקה
- () מרכז ודרום אמריקה
- () ארגנטינה
- () אוסטרליה
- () אחר

שנת עליה _____

שפת אם _____

רמת ידיעות בשפה העברית: (סמן)

קריאה	כתיבה	דיבור	
			טובה
			חלקית
			אינו יודע

דת

() יהודיה

() נוצריה / ערביה

() נוצריה

() מוסלמית

() מוסלמית / ערביה

() דרוזית

() אחר _____

מצב משפחתי

() רווקה

() נשוי/אה נשואים ראשוניים / שניים / אחר (פרט _____)

() מתגורר עם בן/ת זוג

() אלמן/ה

() גרושה

מספר ילדים שנולדו לך _____

גיל הילדים לפי סדר עולה:

אופן מגורים

- () לבד
- () עם ההורים
- () עם בן/ת זוג
- () עם בן/ת זוג וילדים
- () עם בני משפחה מורחבת
- () עם חברים
- () במוסד פנימייתי
- () בלי סדור קבוע
- () אחר (פרט) _____

בני משפחה מכורים (כולל משתמשים לרעה בכדורים ללא מירשם)

- () אב
- () אם
- () אחים / אחיות
- () סבא / סבתא
- () ילדים
- () דודים / בני דודים
- () אחר (פרט) _____

ילדות והתבגרות

א. רקע חינוכי

מספר שנות השכלה _____

פרט:

סיבת הפסקת לימודים	מס' שנות לימוד	סוג המוסד
		יסודי
		על יסודי
		אקדמית
		פנימיות
		קהילה טיפולית
		מוסדות חסות הנוער
		מקלטים
		הכשרה מקצועית ציין _____
		אחר

הסתגלות והשתלבות במערכת החינוך (פרט)

ב. אירועים חשובים לציון מהילדות והבגרות

ג. קשרים חברתיים מהילדות וההתבגרות (תאר)

ד. התעלות מינית

ה. ניסיונות אובדניים

ו. טראומות / פוסט טראומה

ז. אלימות כילד / מתבגר (פיזית, נפשית)

רקע בריאותי

מצב גופני (צרף מסמכים מתאימים):

- () אובחנה מחלה משמעותית (פרט) _____
- () מקבל טיפול תרופתי בקביעות (פרט) _____
- () מום או נכות (פרט) _____
- () אחר _____

גורם מטפל _____

מצב נפשי (צרף מסמכים מתאימים)

- () אובחנה מחלה/הפרעה נפשית (פרט) _____
- () מקבל/ת טיפול תרופתי בקביעות (פרט) _____
- () נמצא בטיפול/מעקב פסיכיאטרי אמבולטורי _____
- () מספר אשפוזים פסיכיאטריים (פרט) _____
- () סה"כ משך אשפוזים פסיכיאטריים (ימים/חדשים) _____
- () מאושר לקבלת סל שיקום במשרד הבריאות

גורם מטפל _____

קשרים חברתיים

דמויות תומכות:

() אם

() אב

() אחים (פרט) _____

() ספונסר

() חברים

() חברים מ- n/a a/a g/a

() דודים

() אחר (פרט) _____

בילוי זמן פנוי בחברת:

() משפחה

() חברים

() שכנים

() לבד

() אחר _____

רקע תעסוקתי:

מצב תעסוקתי

() עבודה קבועה במשרה מלאה

() עבודה קבועה במשרה חלקית

() עבודה מזדמנת

() לא עובד

() נמצא בתכנית שיקום

() פנסיונר

() סטודנט

() מתנדב כעיסוק עיקרי

() אחר _____

() מקצוע _____

מקורות הכנסה

() עבודה

() הביטוח הלאומי:

קיצבת הבטחת הכנסה () קיצבת נכות () % נכות (ציין) _____

() דמי אבטלה

() קיצבת משרד הביטחון

() גמלת פעולות איבה

() דמי מזונות

() ירושה/חסכונות

() פנסיה

() נסמך/ת על בן/ת זוג / משפחה

() הכנסות בלתי חוקיות

רקע משפטי

() אין רישום פלילי

מצב משפטי פלילי:

() אסיר ברישיון/בפיקוח שרות מבחן

() ממתין למשפט/הוגש כתב אישום

() בצו הרחקה: () מהבית () אחר (פרט) _____

() במעצר בית

() במאסר

() מאסרים בעבר

סוגי עבירות:

() סמים (שימוש, סחר, הדחה)

() פריצות / גניבות

() שוד

() התפרעות במקום ציבורי

() השחתת רכוש

() הצתה

() הריגה

() החזקת נשק

() אונס

() זיוף

() זנות

() אלימות במשפחה

() אלימות אחרת

() הפרת תנאי / מבחן

() בזיון בית משפט

() נהיגה תחת השפעת חומרים פסיכואקטיביים

() עבירות תעבורה (נהיגה)

() הימורים בלתי חוקיים

() אחר _____

מצב משפטי אזרחי

() הוצאה לפועל

() תביעת מזונות

() הליכי גירושין

() פשיטת רגל

() אחר (פרט) _____

רקע התמכרותי

סוגי התמכרויות:

- () התמכרות לסמים
- () התמכרות לאלכוהול
- () התמכרות להימורים
- () אחר (פרט) _____

סוגי חומרים:

- () הרואין / קוק פרסי
- () מתדון / אדולן
- () אופיאטים / משככי כאב אחרים
- () ברביטורטים
- () בנזודיאזופינים: וליום / היפנודרום / ואחרים (הרגעה / שינה)
- () קוקאין/קריסטל
- () אמפטמינים
- () קנביס/חשיש/מריחואנה
- () סמי הזיה (הלוצינוגנים)
- () חומרים נדיפים
- () אלכוהול

אופן השימוש

- () בפה
- () הסנפה
- () עישון

() הרצה

() הזרקה

() שאיפה

() אחר _____

אינטראקציות בינאישיות בשימוש:

() שימוש לבד () בחברה () אחר _____

רקע טיפולי

האם היית בטיפול כלשהו? כן / לא אם כן, פרט

סוג הטיפול	גורם מטפל	משך הטיפול	סיבה/ות להפסקת הטיפול
טיפול אישי			
טיפול זוגי			
טיפול משפחתי			
טיפול קבוצתי			
טיפול פסיכיאטרי			
אחר			

נסיונות גמילה קודמים

() גמילה עצמית

() גמילה במסגרת: (פרט)

שם המסגרת	משך הטיפול	סיבה/ות להפסקת הטיפול

מניעים עכשוויים להגעה לטיפול:

- () מצב גופני קשה (מחלות, חבלות, ועוד)
- () מצב נפשי קשה (דיכאון, חרדה, ועוד)
- () מצוקה אישית, כגון: בושה, אשמה, בדידות, סלידה מהמצב
- () בעיות עם בן/בת זוג, ילדים, בני משפחה
- () לחצים של בן/ת זוג, ילדים, בני משפחה
- () לחצים של חברים
- () קשיים כלכליים (לצורך קבלת קצבת הבטחת הכנסה)
- () בעיות בעבודה
- () בעיות עם החוק
- () אחר (פרט) _____

גיל תחילת שימוש:

הימורים	שתיה	סמים	
			לפני גיל 10
			11 - 15 שנים
			16 - 17 שנים
			18 - 21 שנים
			22 - 25 שנים
			26 - 30 שנים
			31 - 35 שנים
			36 - 40 שנים
			מעבר לגיל 40

מסגרות טיפול נוספות

() מסגרת פסיכיאטרית

() הלשכה לש"ח

() תחנה לייעוץ וטיפול משפחתי

() השירות הפסיכולוגי ייעוצי

() טיפול פסיכולוגי פרטי

() פגישות קבוצתיות (פרט) _____

() אחר (פרט) _____

הסיבות והנסיבות בהן התחיל המטופל להשתמש / לשתות / להמר:

הימורים	שתיה	סמים	
			הנאה, ריגוש
			סביבה משתמשת, שותה, מהמרת
			כאבים פיזיים
			לצורך הגברת הביטחון העצמי
			שעמום
			בדידות
			בעיות כלכליות
			קשיים בתפקוד מיני
			משבר במשפחה
			בעיות בעבודה / לימודים
			בריחה מרגשות כואבים
			אובדן אדם קרוב
			משבר עליה לארץ
			מצב נפשי ירוד (דכאון, חרדה)
			אחר

- בחר את האמירה המתאימה למצבך היום:
 (המטפל יקריא למטופל וימלא בהתאם לתשובותיו):
- () אין לי כוונה לשנות את דפוסי השימוש/שתייה/הימורים שלי
- () אני משתמש /שותה / מהמר / אבל אני שוקל ברצינות להפסיק את השימוש/שתייה /הימורים
- () אני משתמש / שותה / מהמר אבל אני שוקל ברצינות להפסיק את השימוש / שתייה / הימורים במהלך החודש הקרוב
- () הפחתי את כמויות השימוש / שתייה / הימורים ו/או תדירות השימוש / שתייה / הימורים בחודש האחרון
- () כבר הפסקתי את השימוש / שתייה / הימורים בשבוע האחרון
- () כבר הפסקתי את השימוש / שתייה / הימורים בחודש האחרון
- () כבר הפסקתי את השימוש / שתייה / הימורים בחצי השנה האחרונה
- () כבר הפסקתי את השימוש / שתייה / הימורים מעל חצי השנה האחרונה

האם התנהגותך כפייתית ביחס לאחת או יותר מהתופעות הללו?

כן / לא

אם כן ציין/י:

() אכילה

() קניות

() מין

() אחר _____

היסטוריה משפחתית

משפחת המוצא

האם:

שם _____ ת.ל.: _____ ארץ לידה _____

שנת עליה _____ מצב בריאותי _____

תעסוקה _____ הכנסה _____

האב:

שם _____ ת.ל.: _____ ארץ לידה _____
שנת עליה _____ מצב בריאותי _____
תעסוקה _____ הכנסה _____

אחים ואחיות:

שם	תאריך לידה	ארץ לידה	מצב בריאותי	תעסוקה	הכנסה	מקום מגורים

תיאור מערכת היחסים עם הורים (לפני ואחרי הגמילה):

תיאור מערכת היחסים עם אחים / אחיות (לפני / אחרי הגמילה):

יחסים בין הורים (תקשורת, חלוקת תפקידים, וכד'):

אלימות במשפחה: (פיזית, נפשית)

ח. משפחה גרעינית

פרטי בן/בת הזוג:

שם _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____
ארץ לידה _____ שנת עליה _____
השכלה _____ תעסוקה _____

מצב בריאות בן/בת הזוג:

מצב בריאותי נוכחי והגורם המטפל צרף מיסמכים)

היסטוריה בריאותית - מחלות, אישפוזים, נכויות, מוגבלויות תיפקודיות, פרט:
(צרף מיסמכים מתאימים)

היסטוריה פסיכיאטרית (צרף מסמכים מתאימים)

טיפול תרופתי

ניסיונות אובדניים

הכנסה _____

עבריינות בן/בת הזוג: כן / לא
אם כן פרט: (מאסרים, מעצרים, תיקים פתוחים וכו')

ילדים:

ילדים משותפים:

שם	תעודת זהות	תאריך לידה	מקום מגורים קבוע

ילדים מנישואים קודמים:

שם	תעודת זהות	תאריך לידה	מקום מגורים קבוע

גורמים טיפוליים בקשר עם הילדים (פרט):

שם הגורם המטפל	שם איש הקשר	משך הטיפול

היסטוריה זוגית

הכרות ונישואין:

תיפקוד זוגי:

מערכת היחסים עם בן הזוג: (פרט לפני / אחרי הגמילה בתחומים הבאים:
חלוקת תפקידים, קבלת החלטות, ניהול כספים, חיי אישות, בילוי זמן פנוי,
קשרים חברתיים, קשרים עם משפחת המוצא)

המטופל כהורה

מערכת היחסים עם הילדים (פרט לפני / אחרי הגמילה)
אב / בעל (כיצד המטופל רואה את עצמו כהורה?)

אם / אישה (כיצד רואה בת הזוג את עצמה כהורה?)

תהליך קבלת החלטות לגבי הילדים (פרט לפני / אחרי הגמילה):

אלימות במשפחה:

האם קיימים גילויי אלימות במשפחה? כן / לא
אם כן, פרט: מילולית / פיזית / התעללות מינית

האם מופעל חוק נוער לגבי הילדים, כן / לא
אם כן, פרט:

דו"ח ביקור בית: (לצרף דוח או לציין מדוע לא נערך ביקור בית)

ציפיות מהטיפול

המטופל/ת

בן/בת הזוג

סכום: (הסכום ייערך בהתייחס גם למטופל ומשפחתו)

מטרת הפניה

מוטיבציה לטיפול

קשיים צפויים

כוחות מקדמים / כוחות בולמים

תכנית טיפול

סיכומי טיפול ואינפורמציה מגורמים מטפלים קודמים / נוספים מצ"ב:

סכום והערכת המטפל

חתימה

תאריך

שם ממלא השאלון

נספח ד' (11.3)

**הסכם טיפולי ביחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות
מחלקה לשירותים חברתיים / מסגרת**

תאריך _____

הסכם בין _____ לבין _____

עו"ס - נציג היחידה
לטיפול בנפגעי התמכרויות

שם המטופל

ב _____

רשות מקומית/מסגרת

מטופל - להלן - מי שמטופל/ת ביחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות ברשות
המקומית / מסגרת. _____
נציג היחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות - להלן - עו"ס - היחידה לטיפול בנפגעי
התמכרויות במחלקה לש"ח / מסגרת. _____

להלן נוסח ההתחייבות ההדדית אשר מקבלים על עצמם שני הצדדים בתקופת
האבחון והטיפול:

השרות הניתן למטופל:

מטרת היחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות לעזור לנפגע/ת ההתמכרויות להיגמל פיזית
ונפשית משימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים והימורים.
צוות היחידה פועל יחד עם המטופל ומשפחתו על מנת לאפשר את הפרידה מהחומרים
ועל מנת ליצור את השינוי האישי והמשפחתי אשר יוביל אל חיים נקיים מחומרים,
והשתלבות בחברה המתפקדת.

המטרות והאמצעים הטיפוליים נקבעים על סמך תהליך אבחוני שהמטופל יעבור בשיתוף גורמים מקצועיים הנוגעים לעניינו.

בסיום תהליך האבחון תתקיים ועדת אבחון, והמטופל יקבל הודעה בכתב על קבלתו / אי קבלתו לטיפול היחידה ותפורט התכנית המוצעת לו.

הטיפול ביחידה יינתן באמצעות שיחות אישיות, קבוצתיות ו/או משפחתיות.

על סמך האבחון ועל פי ההתקדמות בטיפול, יפנה המטפל את המטופל ומשפחתו אל גורמים נוספים, וילווה אותם תוך כדי שילובם במסגרות נוספות, כגון: שירותים נוספים של המחלקה לש"ח, מסגרות נוספות לטיפול בנפגעי התמכרויות, גורמי שקום ותעסוקה, שרות מבחן.

היחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות מתחייבת:

להציע את הטיפול המתאים ביותר למטופל כולל הפנייה לגורמים אחרים במידה והמטופל לא ימצא מתאים לטיפול במסגרתה לעשות את כל המאמצים האפשריים לעזור למטופל להשיג את המטרות הטיפוליות, אשר הוסכם עליהם בטיפול.

להבטיח את סודיות הטיפול.

נציג היחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות במחלקה לש"ח/מסגרת רשאי להפסיק את הטיפול אם במשך 3 חודשים לא התקיים קשר עם המטופל.

העו"ס לטיפול בנפגעי התמכרויות ימסור למטופל הודעה מנומקת על הרחקה, ו/או הפסקת טיפול במקרים הבאים: גילוי אלימות פיזית/מילולית, שימוש, הדחה, מכירה של חומרים בשטח היחידה, אי שיתוף פעולה של המטופל בטיפול.

במקרה של הרחקה ו/או הפסקת טיפול יציע העו"ס לטיפול בנפגעי התמכרויות למטופל ולמשפחתו אפשרויות לטיפול המשך, בהתאם לאפשרויות הקיימות.

המטופל מתחייב:

להשתתף בטיפול ולהופיע לכל הפגישות והפעילויות שתוכננו עבורו.

המטופל נותן את הסכמתו לקבלת המידע הנחוץ ממוסדות ואנשים שאיתם הוא/היא בקשר לפיתוח וביצוע של תכנית טיפול שתתאים לו ביותר. לשתף פעולה עם מטפליו באופן כנה ומתוך פתיחות.

לקיים את הוראות צוות היחידה, צוות המחלקה לש"ח/המסגרת ונהליהן.

לבצע כל בדיקה נדרשת ע"י הצוות המטפל.

להימנע באופן מוחלט מאלימות פיזית או מילולית כלפי אנשים, חפצים, או רכוש בכל מקום בו מתקיים התהליך הטיפולי.

להימנע באופן מוחלט משימוש, מכירה, הדחה והעברה של חומרים פסיכואקטיביים בשטח היחידה בסביבתה, ובכל מקום בו מתקיים התהליך הטיפולי.

להימנע באופן מוחלט מכל פעילות עבריינית בכל מקום ובכל זמן שהוא.

להשתתף בעלות הטיפול עפ"י קביעת המחלקה לש"ח.

תשלום:

התשלום ייגבה מידי חודש עבור כל אחד מחודשי הטיפול, החל מתחילת תהליך האבחון ועד לסיום הטיפול או הפסקתו. גובה התשלום ייקבע ע"י עובד מינהל וזכאות של לשכת הרווחה עפ"י הוראת תע"ס זו. התשלום מכסה את כל סוגי הטיפול הניתנים ע"י המחלקה לשירותים חברתיים. עבור טיפול משפחתי בתחנה לטיפול משפחתי ייגבה תשלום נפרד.

המטופל מבין כי אי עמידתו בחוזה, בחלקו או מקצתו, עשויה להוביל להשהייתו מהטיפול, ואף להפסקה סופית של הטיפול.

היה והמטופל מעוניין בהפסקת הטיפול יודיע למטפל בפגישה טיפולית על החלטתו להפסיק את הטיפול מרצונו בין אם הדבר נובע מהשגת מטרותיו, משינוי בתכניותיו, או אי שביעות רצונו מהטיפול.

המטופל זכאי לפנות למפקח/ת המחוזית על הטיפול בנפגעי התמכרויות במשרד הרווחה והשירותים החברתיים במקרה של חוסר שביעות רצון מהטיפול.

על החתום:

שם המטופל _____
מס' זהות _____
חתימה _____

עו"ס נציג היחידה לטיפול _____
בהתמכרויות _____
מס' זהות _____
חתימה _____

תאריך _____

נספח ה' (11.3)

שם המחלקה לש"ח/המסגרת

תאריך

לכבוד

לידי:

טופס וויתור סודיות

אני הח"מ מבקש/ת למסור ל_____
שם המחלקה לש"ח/ מסגרת
כל אינפורמציה שתידרש לצורך הטיפול שבי, כל מסמך רפואי אודותיי ו/או כל
אינפורמציה אחרת שתידרש.

על החתום:

חתימה

מס' זהות

שם

נספח ו' (11.3)

שם המחלקה לש"יח / שם המסגרת
ועדת אבחון מקומית לטיפול בנפגעי התמכרויות

סכום דיון

שם המטופל	מס' ת.ז.	תאריך דיון
תאריכי דיון קודמים		

שמות המשתתפים בוועדת האבחון ותפקידם:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

מסמכים שהוגשו לוועדה:

ס חוות דעת רפואית ס דו"ח סוציאלי - עוי"ס מטפל ס אחר _____

תאור הבעיה:

נקודות עיקריות שעלו בדיון:

החלטות:

במידה ויש דעת מיעוט או התלבטויות נא לרשום בקצרה: (יש לציין את שם בעל דעת המיעוט)

חתימת המשתתפים:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

חתימת מרכז ועדת האבחון

שם מרכז ועדת האבחון

העתיקים: תיק ועדות איבחון
מפקח מחוזי
תיק המטופל

נספח ז' (11.3)

המחלקה לשירותים חברתיים

**הפניית נפגע התמכרויות לסניף בטל"א
לצורך קבלת / הפסקת גמלה להבטחת הכנסה**

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

יחידה הבטחת הכנסה

סניף _____

הנדון:

מספר זהות

שם פרטי

שם משפחה

ישוב

מס' בית

רחוב

- [] הריני מאשר כי הנ"ל נמצא בשלב האבחון מיום _____ .
נשוב ונודיעכם לכשתקבל החלטה בעניינינו.
- [] ועדת האבחון החליטה שהנ"ל מתאים/ה לתוכנית גמילה ושיקום.
(יש לפרט להלן את התוכנית על פי תאריכי יעד)
- [] הוחלט על שינויים בתוכנית הטיפול של הנ"ל, בהמשך להודעתנו אליכם
מיום _____

להלן פירוט התכנית הנמצאת בתוקף:

- [] הריני מאשר שהנייל התחיל לעבוד ביום _____
במקום _____ הכנסה משוערת לחודש _____
- [] הריני מאשר שהנייל סיים את התכנית הטיפולית ומתפקד באופן סביר.
- [] ועדת האבחון החליטה שהנייל אינו מתאים בשלב זה לתכניות הקיימות במחלקות לש"ח.

שם: _____ חתימה _____
עו"ס מטפל בנפגעי התמכרויות

שם: _____ חתימה _____
מנהל המחלקה לשירותים חברתיים/
היחידה לטיפול בהתמכרויות

נספח ח' (11.3)

תאריך _____

המחלקה לשירותים חברתיים

ציין שם המחלקה ושם הרשות המקומית

דו"ח לחודש _____ שנה _____

שם המטופל _____ ת.ז. _____

[] הריני מאשר שהנ"ל משתתף באופן קבוע בתכניות השיקום

[] הריני מאשר שהנ"ל הפסיק השתתפותו בתכנית

שם: _____ חתימה _____
עו"ס מטפל בנפגעי התמכרויות

שם: _____ חתימה _____
מנהל המחלקה לשירותים חברתיים

העתק: מפקח מחוזי

נספח ט' (11.3)

תאריך _____

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת הבטחת הכנסה
סניף _____

הנדון: **המלצה על הארכת גמלת הבטחת הכנסה אודות המטופל/ת**
מר/גב' _____ ת.ז. _____

א.ג.נ.,

המטופל משתלב בתכנית הטיפולית כנדרש ועונה על הקריטריונים המזכים אותו בגמילה.

הנני ממליץ/ה על המשך מתן גמלת הבטחת הכנסה לנייל לתקופה של _____ חודשים.

סיבות הבקשה להארכה:

במידה ויחול שינוי בתכנית הטיפולית, אנו נדאג לעדכן אתכם מיידית ע"י העו"ס המטפל.

רצ"ב - דוח סוציאלי

בכבוד רב,

מפקח/ת מחוזית

העתקים:

מנהל/ת השירות לטיפול בהתמכרויות, ירושלים.
העו"ס המטפל _____

נספח י' (11.3)

אל: מדור הבטחת הכנסה, המוסד לביטוח לאומי

הנדון: הארכת תקופת גמלת הבטחת הכנסה כמשתקם למטופל נפגע התמכרויות

1. קיבלנו פנייה מיום _____ להאריך את תקופת מתן הגמלה עד חצי שנה.

עבור המטופל:

שם המטופל _____

מס' תעודת זהות _____

שם העו"ס המטפל _____

שם המחלקה לש"ח _____

הארגון _____

הובא לידיעתי כי המטופל כבר מקבל גמלה זו במשך 18 חודשים.

2. אני מבקש לאשר הארכת התקופה למשך 6 חודשים נוספים.*

3. איני רואה מקום להארכת התקופה של קבלת הגמלה מעבר ל-18 חודשים.

* נא סמן/י עגול מסביב האפשרות 2 או 3.

בכבוד רב,

מנהל/ת השירות

העתק: עו"ס מטפל בנפגעי התמכרויות במחלקה לש"ח/במסגרת _____
מנהל המחלקה לש"ח/המסגרת _____
מפקח מחוזי

נספח י"א (11.3)

בקשה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה

=====

תאריך _____

שם המסגרת המטפלת _____

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

אגף הבטחת הכנסה

סניף _____ פקס _____

הנדון: בקשה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה עבור:

_____	_____	_____	_____
שם משפחה	שם פרטי	מ.ז.	כתובת מגורים

לא ניתן לגמילה בשלב זה חצי שנה/שנה

לא ניתן לגמילה לצמיתות

מצ"ב המלצת ועדת אבחון והערכה:

תאריך קליטה במסגרת _____

תאריך ועדת אבחון והערכה נוכחית _____

סכום הטיפול:

הנייל לא ניתן לגמילה בשלב זה מהנימוקים הבאים:

שם העו"ס המטפל _____
חתימה _____

שם מנהל המסגרת _____
חתימה _____

■ אין צורך באישור מפקח/ת

שם המסגרת _____
תאריך _____

המלצת ועדת אבחון והערכה
לא ניתן לגמילה לצמיתות - באישור מפקחת ארצית _____

תאריך קליטה אחרון במסגרת _____
תאריך קליטה ראשון במסגרת _____
תאריך ועדת אבחון והערכה נוכחית _____

סכום הטיפול:

הנ"ל לא ניתן לגמילה לצמייתות מהנימוקים הבאים:

_____	_____
חתימה	שם העו"ס המטפל
_____	_____
חתימה	שם מנהל המסגרת
_____	_____
חתימה	שם מפקח/ת ארצי/ת
_____	_____
תאריך	שם המסגרת

נספח הדגשים ייחודיים בתהליך הטיפול

1. טיפול באישה המכורה

כללי

- א. מספר הנשים המשתמשות בחמרים פסיכו אקטיביים הולך וגדל ואתו מספר הנשים המכורות לחומרים אילו.
- ב. הטיפול בנשים מכורות יכלול: איתור ויישוג, טיפול פרטני, טיפול קבוצתי, טיפול קהילתי.
- הנושאים שייכללו בהם יהיו:
- איתור ויישוג: בתהליך הטיפול עם האשה יושקעו מאמצים לאיתורה וגיוסה לטיפול במסגרת המחלקה לש"ח וכן באמצעות שירותים נוספים, במקרים מסויימים גם תהיה יציאה לישטח' של העו"ס המטפל.
- טיפול פרטני: הדגשת יצירת קשר וברית טיפולית עם המטופלת, חיזור, העצמה, הדגשת זכויותיה של האישה, התחשבות יתירה בנושאים הייחודיים בתכנון ובביצוע הטיפול, לימוד אסטרטגיות התמודדות חדשות ויעילות בדרך להגשמה עצמית.
- טיפול קבוצתי: הטיפול בקבוצה הינו מרחב מעבר בטוח ותומך שבו יכולות הנשים המכורות לדון בסוגיות מעולם התוכן שלהן, לפתח יחסים בינאישיים ביניהן על מנת לצאת מהבדידות החברתית, ולבנות מערכות יחסים שונות מאלו שהיו רגילות להן והיו מבוססות על שולט ונישלט.
- טיפול קהילתי: יסייע לאישה המכורה בהתמודדות עם מערכות ציבוריות ומסגרות קהילתיות, כגון: מעונות יום, קופת חולים, בתי הספר, וכדו', במילוי שעות פנאי, ועוד.
- ג. יש לשים דגש על שיקום תעסוקתי לנשים מכורות ושילובן בעולם התעסוקה.
- ד. תהליך הטיפול יתבצע כמפורט בהוראות 4.1 עד 4.4, בדגש על השינויים כדלקמן:

1. יינתן טיפול פרטני לכל אישה.
2. תהיה סובלנות לגבי הדרישה לנקיון מוחלט בתחילת התהליך.
3. בוועדת אבחון והערכה ישתתפו מומחה/ית בטיפול בנשים
4. יתקיימו קבוצות נפרדות לנשים
5. לא תשולב אישה יחידה בקבוצת גברים
6. תקופת הטיפול באישה המכורה תהיה עד 4 שנים

אינטייק קבלה לנשים מכורות

תאריך: _____

כ ל ל י:

שם: _____ ת"ז: _____ ת. לידה: _____

ארץ לידה: _____ שנת עלייה: _____ דת: _____

כתובת: _____ טל' בבית: _____ טל' בעבודה: _____

טל' אחרים: _____ מקור ההפניה: _____

מס' ילדים: _____

מצב משפחתי: ר / נ / ג / א

רווקה: האם יש בן זוג? כן / לא, מס' שנים: _____

מס'	שם הילד	גיל	מין	בחזקת מי נמצא/ת?	הערות
1.					
2.					
3.					
4.					

גורמים טיפוליים הנמצאים בקשר עם הילד:

מס' /	שם הילד	שם הגורם הטיפולי	תפקיד	חוק נוער
1.				
2.				
3.				
4.				

תנאי דיור:

שכירות / בעלות, אחר: _____ מס' חדרים: _____
מס' נפשות בבית: _____ קרבתם למטופלת: _____
מקורות הכנסה: עבודה, תמיכה, אחר, פרט: _____

חברות בקופ"ח: כן / לא, איזו? _____
אם אין קופ"ח, מה הסיבה? _____

צבא:

שירות בצה"ל? כן / לא אם כן באיזה תפקיד? _____
תקופת השירות? _____ סיבת השחרור? _____
פרופיל בשחרור? _____

ביטוח לאומי:

האם את מקבלת קצבת ביטוח לאומי? כן / לא כמה זמן? _____
איזו קצבה? _____ באיזה סניף? _____

חינוך:

סה"כ שנות לימוד _____

מוסדות חינוך: סיבת הפסקת הלימודים	שנות לימוד	מקום המוסד	שם המוסד	סוג המוסד
				יסודי
				על יסודי
				השכלה גבוהה
				פנימיות, חסות הנוער, מקלטים
				אחר

הסתגלות והשתלבות במערכת החינוך: (השתלבות בלימודים ומצב חברתי)

רקע תעסוקתי ומקצועי:

מקצוע: _____

האם סיימת קורס מקצועי וקיבלת תעודה? _____

צייני איזה קורס? _____

מאיזה גיל עבדת? _____

עבודה רצופה _____ [] לא עבדת כלל

[] עד שנה

[] עד 3 שנים

[] עד חמש שנים

[] יותר מ-5 שנים

היסטוריה תעסוקתית:

מקום עבודה	משנה	עד שנה	תפקיד

האם את עובדת? כן / לא כמה זמן? _____
מקום עבודה נוכחי? _____

עבר פלילי:

מאסרים? _____ מעצרים? _____ הרשעות? _____

סוג העבירה	בית כלא	שנת התחלת המאסר	תקופת המאסר

מצב משפטי:

תיקים פתוחים:

סוג העבירה	תאריך המשפט	יש/אין תנאי

היסטוריית הטיפול בבעיות ההתמכרות:

גיל תחילת השימוש: _____

סוגי סמים שהשתמשת: _____

מהי סיבת השימוש בפעם הראשונה? _____

מעברים מסם לסם: _____

באילו גילאים? _____ באיזו צורה? _____

איך מימנת את הסמים? _____

מסגרות טיפול

תקופת ניקיון (חודשים)	משך הטיפול (חודשים)	שנת התחלה	המסגרת

האם קיימות התמכרויות נוספות? כן / לא

אילו התמכרויות? _____

צייני קשר בעבר או בהווה עם:

שם	כתובת	טלפון	תקופת הקשר
קצין מבחן			
עו"ס			
פסיכיאטר			
עו"ד			
אחר _____			

בריאות:

מצב בריאותי נוכחי והגורם המטפל: (צרפי מסמכים עפ"י שיקול דעתך)

היסטוריה בריאותית: מחלות, אשפוזים, נכויות, מוגבלויות תפקודיות, פרטי:
(צרפי מסמכים מתאימים והשירות המטפל)

הפרעות אכילה: כן / לא האם היו תקופות בחיים שסבלת מכך, פרטי:

במידה וכן, האם טופלת/מטופלת? צייני את שם המרפאה:

האם היו אישפוזים פסיכיאטרים? אם כן, פרטי:

האם היית או נמצאת בטיפול פסיכיאטרי או תרופתי? כן / לא
תארי את הנסיבות:

ניסיונות אובדניים, כן / לא, אם כן מתי?

היסטוריה משפחתית - משפחת המוצא:

האם:

שם: _____ ת. לידה: _____ ארץ לידה: _____
שנת עליה: _____ מצב בריאותי: _____
תעסוקה: _____
הכנסה: _____

האב:

שם: _____ ת. לידה: _____ ארץ לידה: _____
שנת עליה: _____ מצב בריאותי: _____
תעסוקה: _____
הכנסה: _____

אחים ואחיות:

מס'י	שם	גיל	ארץ לידה	תעסוקה	מקום מגורים
.1					
.2					
.3					
.4					
.5					

תארי את מערכת היחסים עם ההורים בעבר ובהווה:

עם האב:

עם האם:

תארי את מערכת היחסים עם אחים/אחיות, בעבר ובהווה:

יחסים בין ההורים: תקשורת, חלוקת תפקידים וכד': _____

האם קיימות התמכרויות נוספות במשפחה? כן / לא
אילו? _____

מי מכור? _____

דרכי התמודדות המשפחה במצבי משבר ולחץ: _____

אלימות במשפחה: _____

התעללות מינית: _____

מערכת יחסים עם בן הזוג:

(פרטי לפני/אחרי ההתמכרות) כולל היכרות ונישואין, דרכי התמודדות במצבי משבר ולחץ: _____

מערכת היחסים עם הילדים: (פרטי, לפני/אחרי ההתמכרות מסגרות חוץ ביתיות, אימוץ, אומנה וכו') _____

אירועים משמעותיים מהילדות והבגרות, במשפחה ובחברה: _____

סיכום והערכה:

מהן ציפיותייך מהטיפול? _____

מהם הדפוסים שהיית רוצה לשנות? _____

הערכת כוחות וחולשות שלך: _____

הערכת העו"ס וקביעת מטרות טיפוליות: _____

שם העו"ס: _____ שם המסגרת הטיפולית: _____

2. טיפול בעולים מכורים

- א. בטיפול בעולה החדש ניפגע ההתמכרויות יודגשו הנושאים הבאים:
מאפיינים תרבותיים של ארץ המוצא, מבנה המשפחה, סוגי החומרים, העלאת רמת צריכת השירותים המגיעים לו בקהילה ומחוצה לה, העשרת השפה העברית, וכדו'.
- ב. יחידה שיש בה עובד סוציאלי מטפל בנפגעי התמכרויות דובר השפה, תישאף לתת את הטיפול בשפת המטופל.

3. טיפול במכורים הסובלים מתחלואה פיזית

- פונה שפנה לעובד סוציאלי לטיפול בבעיית ההתמכרות וסובל מבעיות של תחלואה פיזית, כגון: שחפת, כוויות, סרטן, נכות פיזית, וכדו':
- א. במידה ויכול להתגורר בקהילה יטופל ע"י העו"ס בנושא ההתמכרות ויפנה על ידו לגורמים הטיפוליים הרלוונטיים לטיפול בתחלואה הפיזית.
- ב. במידה ואינו יכול להמשיך ולהתגורר בקהילה יופנה למסגרת חוץ ביתית, כפי שמופיע בהוראה 11.4.

4. טיפול במכורים הסובלים מתחלואה נפשית

- פונה שפנה לעובד סוציאלי מטפל בנפגעי התמכרויות בבעיית ההתמכרות וסובל ממחלת נפש יתקבל לטיפול אצל העובד הסוציאלי לטיפול בנפגעי התמכרויות בתנאי שיאובחן ויקבל ליווי פסיכיאטרי ע"י מסגרות בריאות הנפש.

נספח י"ג (11.3)

שם המסגרת _____ תאריך _____

טופס סכום תלת חודשי

שם המטופל _____ ת.ז. _____

תאריך פתיחת תיק הטיפול _____

התאריך בו נקבעה תכנית הטיפול הראשונה _____

השתתפות בטיפול: (סמן)

[] התערבות משפחתית [] פרטני [] אחר [] אשפוז לצורך גמילה

מטרות טיפוליות שנקבעו בשלושה חודשים אחרונים, ומידת השגתן:

מטרות טיפוליות שנקבעו לשלושת החודשים הבאים:

סכום מצבו של המטופל, (התקדמותו בטיפול, שינויים שעשה, צפי לסיום הטיפול):

שם ממלא הטופס _____ תפקיד _____

נספח י"ד (11.3)

המחלקה לשירותים חברתיים _____ תאריך _____

סכום נסיבות עזיבה

(טופס זה ימולא לאחר הודעת מטופל על הפסקת טיפול או לאחר 3 חודשים בהם לא התקיים קשר טיפולי עם הפונה)

נסיבות העזיבה:

הערות:

שם ממלא הטופס _____ תפקידו _____

חתימה _____

נספח ט"ו (11.3)

טופס תמצית סכום טיפול

שם העו"ס המטפל

שם המסגרת

מס' זהות

שם המטופל/ת

תאריך סיום טיפול

תאריך תחילת טיפול

סיום הטיפול:

- בצורה מתוכננת
- נשירת המטופל ציין תאריך): _____
- בשלב האבחון
- בשלב הטיפול
- בשלב המעקב
- הפסקת הטיפול ע"י המטפל
- העברה לגורם טיפולי אחר _____
- המטופל ניפטר

מעורבות המטופל בטיפול: (סמן)

- גמילה פיסית
 - השתתפות בטיפול פרטני
 - השתתפות בטיפול קבוצתי
 - מעורבות המשפחה בטיפול
 - מעורבות המשתתף בפרוייקטים ייחודיים / תכניות ייחודיות
- כן / לא
- כן / לא
- כן / לא
- כן / לא
- כן / לא
- _____ (פרט)

הפסקת שימוש בסמים / שתייה / הימורים:

- שומר על הפסקה מוחלטת / גמילה מהימורים
- שומר על הפסקה באופן כללי עם מעידות לפעמים

תעסוקה:

- [] עובד באופן סדיר
- [] עובד באופן חלקי או מזדמן
- [] לא עובד כלל
- [] נמצא בתכנית שיקום
- [] לא ניתן לשיקום
- [] לא רלוונטי _____

עמידה ביעדים הטיפוליים כן / לא

סכום כללי:

המלצות טיפוליות:

שם העו"ס המטפל _____ חתימה _____

תאריך _____

דרכי עבודה בין הרשות לשיקום האסיר והשירות לטיפול בנפגעי התמכרויות

1. עובד הרשות לשיקום האסיר יושב בוועדת שחרורים וממליץ על תכנית בת שנה לכל היותר, אם התקיימו התנאים הבאים:
 - האסיר נקי מחומרים פסיכואקטיביים 6 חודשים לפחות, על פי בדיקות שתן ו/או נשיפה.
 - העו"ס המטפל בכלא ונציג הרשות לשיקום האסיר סבורים שקיימת תכנית המשך טיפולית אשר מתאימה לאסיר.
 - היחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות אישרה את קבלתו של האסיר לטיפול.
 - האסיר הביע את רצונו להשתתף בתכנית הטיפול האמורה.
 - לאסיר אין רקע של אלימות.

2. עובד הרשות לשיקום האסיר יתאם ויוודא ביקורי האסיר ביחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות לפחות 3 פעמים לפני שחרורו, לצורך היכרות והכנת תכנית טיפול ראשונית ע"י עו"ס מטפל בנפגעי התמכרויות, הן ברשות המקומית והן ביחידה אזורית.

3. במקביל יועבר דוח סוציאלי מפורט אודות האסיר מהכלא, כולל טופס וויתור סודיות ליחידה לטיפול בהתמכרויות המיועדת לטפל בו.

4. היחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות תבחן את התאמתו של האסיר לטיפול במידה והתקיימו התנאים בסעיף 1 דלעיל.

5. יועץ הרשות לשיקום האסיר יקבל בכתב הסכמת היחידה לטיפול בנפגעי התמכרויות לקבל את האסיר המשתחרר לטיפול, ואת הסכמתה לדווח לרשות לשיקום האסיר במקרה שהאסיר לא מגיע לטיפול או מפסיקו.

6. מנכ"ל הרשות לשיקום האסיר ייפנה לוועדת השיחרורים ויעביר לה את מכתב ההסכמה של עו"ס ההתמכרויות, בצירוף דוח סוציאלי מקיף של העו"ס בכלא.

7. התקבלה תשובה חיובית מוועדת השחרורים, יתאם נציג הרשות לשיקום האסיר את הגעתו של המשתחרר ליחידה לטיפול בהתמכרויות.

8. במקרים בהם מפסיק האסיר טיפול מיוזמתו, או עפ"י החלטת היחידה המטפלת:

- ידווח עו"ס היחידה ליועץ הרשות לשיקום האסיר
- הרשות לשיקום האסיר תדווח לוועדת השחרורים על הפרת תנאי השחרור של האסיר ברשיון.

נספח י"ז (11.3)

דרכי שיתוף פעולה בין שירות המבחן למבוגרים והשירות לטיפול בהתמכרויות

=====

מטרה:

נספח להוראה זו זה בא להסדיר את יחסי העבודה בין שירות המבחן למבוגרים לבין השירות לטיפול בהתמכרויות בעניינין של אוכלוסיות יעד משותפות.

1. מושגים בסיסיים

חקירת מעצר - אדם הואשם בעבירה ונתבקש תסקיר לעניין מעצרו עד תום ההליכים ו/או לחלופת מעצר תוך זמן קצר. כל זאת טרם החל להתנהל התיק הפלילי עצמו.

פיקוח מעצר - בית המשפט החליט על שחרורו של מטופל לחלופת מעצר ועל העמדתו של המטופל בפיקוח מעצר. פיקוח כזה נמשך לכל היותר 6 חודשים וניתן להאריכו על פי המלצת קצין מבחן.

חקירה לתיק פלילי - אדם הופנה לאבחון ולהמלצות לעונש לשירות המבחן למבוגרים לאחר שנמצא אשם בתיק הפלילי ובטרם נגזר דינו.

תקופת ניסיון - אדם הופנה לאבחון שירות המבחן למבוגרים בתיק פלילי לאחר שנמצא אשם, קצין המבחן עורך אבחון וממליץ על ניסיון טיפולי למשך מספר חודשים בטרם יינתן גזר הדין.

מבחן - כחלק מגזר הדין הוטל צו מבחן מחצי שנה עד שלש שנים, ובמהלך תקופה זו מטופל על ידי שירות המבחן בלבד, או וגם על ידי גורם טיפולי נוסף.

תע"ס - הנחיות המשרד בנושא הטיפול בהתמכרויות בפרק 11 בהוראות התע"ס

ועדת אבחון

- ועדת האבחון הנה צוות מומחים בתחום אשר מורכב מעו"ס מטפל בהתמכרויות, מר"צ או מנהל המחלקה לשירותים חברתיים ומטפלים נוספים על פי הצורך. הוועדה קובעת את תוכנית הטיפול עבור המטופל.
- ועדת האבחון מתכנסת תוך חודש ימים ממועד המפגש הראשון עם המטופל ובתנאי שהמטופל השתתף באופן קבוע בכל המפגשים ועמד בכל המטלות.

מרכז יום - מרכז היום הנו מסגרת יומית מובנת אשר נותנת מענה למטופלים לאחר גמילה פיזית אשר זקוקים לסיוע קבוע ויומי כדי לשמור על ניקיון מסמים. מטופל יוכל לשהות במרכז היום חצי שנה.

2. נושאי הנוהל

- א. מטופל באבחון/ טיפול הרשות המקומית ומופנה לשירות המבחן למבוגרים ע"י בית המשפט.
- ב. מטופל באבחון/ טיפול שירות המבחן למבוגרים ומופנה לרשות המקומית ו/או למרכז יום.
- ג. מטופל באבחון/ טיפול שירות המבחן למבוגרים ומופנה לקהילה טיפולית לטיפול בנפגעי התמכרויות.
- ד. מטופל סיים אבחון/טיפול בשירות המבחן למבוגרים ומופנה להמשך טיפול ברשות המקומית.

3. פירוט נושאי הנוהל

- א. מטופל באבחון/טיפול הרשות המקומית המופנה לשירות המבחן למבוגרים ע"י בית המשפט

3.א. (1) שלב חקירת המעצר

- קצין המבחן יחתים את המטופל על טופס ויתור סודיות ויפנה ליחידה לקבלת דו"ח.
- גורמי הטיפול יפעלו להגיע להחלטה משותפת ובמידת הצורך תתכנס ועדת אבחון חוזרת.
- יילקחו בחשבון תנאי הדחיפות של שלב חקירת המעצר.

3.א. (2) שלב חקירה לתיק פלילי

- קצין המבחן יחתים את המטופל על טופס ויתור סודיות ויפנה ליחידה לקבלת דו"ח.
- גורמי הטיפול יפעלו להגיע להחלטה משותפת ובמידת הצורך תתכנס ועדת אבחון חוזרת.

במידה והמטופל היה בטיפול היחידה עוד בשלב חקירת המעצר, קצין המבחן יקבל מידע עדכני לגבי התקדמות המטופל בטיפול בתקופה שחלפה.

3.א. (3) שלב תקופת ניסיון

בכל מקרה כמו במקרים הקודמים, ישלח דו"ח על ידי עו"ס היחידה לנפגעי סמים. בתקופת הניסיון ידווח עו"ס היחידה לקצין המבחן מיידית במקרים הבאים: עזיבת המטופל את הטיפול, הרחקת מטופל או כל שינוי חריג בשיתוף הפעולה בטיפול.

3.א. (4) שלב מבחן/פיקוח מעצר

יתקיים דיווח הדדי בין השירותים (לפחות אחת לשלשה חודשים). עובד/ת היחידה ידווח מיידית לקצין המבחן במקרים שהוזכרו לעיל בסעיף 3.א.(3).

3. ב. מטופל באבחון/טיפול שירות המבחן למבוגרים ומופנה על ידי קצין

המבחן ליחידה לטיפול בנפגעי סמים ברשות המקומית כולל ו/או מופנה למרכז יום.

שלב חקירת מעצר

שלב חקירת תיק פלילי

שלב תקופת ניסיון

שלב מבחן/פיקוח מעצר

3.ב.1 (1) מטופל נמצא באבחון שירות המבחן למבוגרים באחד מהמצבים הרשומים מעלה ומופנה לצורך קבלת טיפול אינטנסיבי ליחידה לטיפול בנפגעי סמים.

- קצין המבחן יצור קשר טלפוני עם עו"ס מטפל בהתמכרויות ברשות המקומית.
- קצין המבחן יעביר חומר כתוב נדרש לצורך קבלת החלטה על שילובו של המטופל בתוכנית הטיפול.
- החלטה על קבלת המטופל ובניית תוכנית הטיפול תתקבל בוועדת האבחון אשר אליה יוזמן קצין המבחן.
- סיכום ועדת האבחון יישלח לקצין המבחן.
- העובד הסוציאלי וקצין המבחן יקפידו על העברת מידע עדכני של המטופל בהתאם לצורך.

3.ב.2 (2) מטופל נמצא בקשר טיפולי בשירות המבחן למבוגרים ומופנה לטיפול ביחידה לנפגעי סמים לצורך שילוב במרכז יום.

- קצין המבחן יעשה את הפעולות הבאות:
- קצין המבחן יצור קשר טלפוני עם מנהל מרכז היום.
 - קצין המבחן יעביר חומר כתוב נדרש לצורך קבלת החלטה, כמו כן ישתתף בדיון בוועדת הקבלה. קבלתו של המטופל למרכז, כולל מועד התחלת הטיפול, תיקבע בוועדה.

מנהל מרכז היום והיחידה לנפגעי סמים יעשה את הפעולות הבאות:

- ידאג לזמן את קצין המבחן והמטופל לוועדת קבלה.
- מנהל המרכז ידאג להעביר לקצין המבחן את החלטת הוועדה ומועד קליטת המטופל במרכז.

קצין המבחן ומנהל מרכז היום ישמרו על קשר קבוע של עדכון והעברת מידע בעת שהותו של המטופל במרכז היום.

במצב המצוין, קצין המבחן מהווה כתובת טיפולית מרכזית, ולפיכך מתחייב לקיים קשר טיפולי קבוע של לפחות אחת לשבוע עם המטופל, במקביל לשהותו של המטופל במרכז היום.

3 (ג). מטופל באבחון/טיפול שירות המבחן למבוגרים ומופנה לקהילה טיפולית

שלב חקירת מעצר

שלב חקירת תיק פלילי

שלב תקופת ניסיון

שלב מבחן/פיקוח מעצר

- שירות המבחן למבוגרים הפנה מטופל לקהילה טיפולית, לצורך הדיון בוועדת הקבלה בקהילה, יעשה קצין המבחן את הפעולות הבאות:
- תיאום טלפוני של מועד ועדת הקבלה עם רכז הקבלה בקהילה.
 - העברת מידע כתוב לגבי המטופל על טופס הקבלה.
 - קצין המבחן יסדיר את הגעתו של המטופל לוועדה.
 - רכז הקבלה יודיע לקצין המבחן על קבלתו/אי קבלתו לטיפול בקהילה ועל מועד קליטתו שם.
 - הקהילה הטיפולית תוציא באופן קבוע דו"ח תלת חודשי לגורם המפנה. הדו"ח ישמש אמצעי מעקב.
 - במידה ומטופל שוהה בקהילה בתנאים מגבילים והוחלט על עזיבתו או עזב על דעת עצמו, עו"ס הקהילה הטיפולית יעביר הודעה מיידית לקצין המבחן.
 - במידה והמטופל עזב את הטיפול על דעת עצמו או לחילופין הוחלט על הפסקת הטיפול בו, תודיע הקהילה מיידית לקצין המבחן.
 - במידה ויעלה צורך בדיווח לבית המשפט קודם להגשת דו"ח תלת חודשי, הקהילה תעביר הדו"ח לפי בקשת קצין המבחן.

3. (ד). מטופל סיים טיפול בשירות המבחן למבוגרים ומופנה להמשך טיפול ברשות המקומית

שלב חקירת מעצר

שלב חקירת תיק פלילי

תקופת שלב הניסיון

שלב מבחן/פיקוח מעצר

כאשר מטופל סיים טיפול בשירות המבחן למבוגרים בכל השלבים המצויינים לעיל ומופנה על ידי קצין המבחן להמשך טיפול ברשות המקומית, קצין המבחן יפנה את המטופל בצירוף דו"ח סיכום טיפול והמלצות טיפוליות.

הבהרות כלליות

1. מובהר בזאת כי בכל ההתכתבות עם בית המשפט בכל שלב - ההתכתבות היא בסמכות ובאחריות שירות המבחן למבוגרים בלבד.
2. כאשר מטופל סיים קהילה טיפולית/ טיפול ברשות המקומית ויש פנייה חדשה לאבחון ותסקיר לשירות המבחן למבוגרים - קצין המבחן יפנה בכתב לקבלת אינפורמציה לגבי תקופת הטיפול.
3. אם יתגלו חילוקי דעות בין השירותים לגבי תוכנית הטיפול, תועבר הבעיה לדיון נוסף לדרגת פיקוח אזורי או מחוזי של שני השירותים.

4. במידה וקיימת אי הסכמה לגבי אופן הטיפול במופנה, בכל שלב, מעצר, נסיון או חקירה לתיק פלילי, תובא עמדת השירות להתמכרויות בתסקיר. יחד עם זאת, ההמלצה לבית המשפט היא ההמלצה שגובשה בשירות המבחן למבוגרים.

5. תהליך האבחון, קביעת תוכנית טיפול והעברת דוחות יקבלו קדימות כשמדובר בחקירות מעצר.

נספח י"ח (11.3)

טופס דיווח / מעקב (סמן) / אירוע חריג למפקח המחוזי

שם המחלקה לש"ח _____

מס' הטלפון _____

תאריך _____

לכבוד

מפקח המחוזי

השירות לטיפול בהתמכרויות

מחוז _____

שלום רב,

הנדון: דיווח על אירוע חריג

שם המטופל/ת _____

כתובת המחלקה לש"ח / מסגרת _____

תאריך הארוע _____

מהות הארוע _____

תאור האירוע ע"י האחראי באותה עת:

מסקנות ופעולות מתקנות שנעשו עם המטופל, משפחתו וביחידה

מעקב אחר מסקנות ופעולות מתקנות שנעשו:

1. _____

2. _____

תאריך

חתימת מנהל המחלקה לש"ח/המסגרת

העתק:

מח' לש"ח _____
המפקח המחוזי
מנהלת השרות