



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מינהל הרפואה
אנף לבריאות הנפש | המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment Of Substance Abuse

י"ב תמוז תשע"ד
10 יולי 2014
אסמכתא: 47392714

מדיניות המחלקה לטיפול בהתמכרויות- משרד הבריאות בנושא:

טיפול תרופתי ממושך וטיפול פסיכו-סוציאלי במכורים לחומרים אופיאטים

(באמצעות תרופות אגוניסטיות או אגוניסטיות חלקיות

כגון: מתדון, בופרנורפין / בופרנורפין/ נלוקסון)

תוכן עניינים

1. עיקרי המדיניות לטיפול תרופתי ממושך במכורים לאופיאטים	4
2. מבוא	6
2.1. מחלת ההתמכרות לאופיאטים ונזקה	6
2.1.1. הגדרת ההתמכרות	6
2.1.2. אבחנה של תסמונת של תלות (התמכרות)	6
2.1.3. אבחנה של שימוש מזיק (שימוש לרעה)	7
2.1.4. נזקי ההתמכרות והשימוש המזיק	7
2.2. תרופות לטיפול בהתמכרות לאופיאטים	8
2.3. הטיפול הפסיכו-סוציאלי	11
3. אוכלוסיית היעד ומטרות הטיפול	12
3.1. אוכלוסיית היעד	12
3.2. מטרות הטיפול	12
3.1.1. לטווח הקצר והבינוני	12
3.1.2. לטווח הארוך	12



4. קבלה לטיפול (ועדת קבלה וקריטריונים לקבלה) 12.....

- 4.1. ועדת קבלה 12
- 4.2. קריטריונים לקבלה 12
- 4.3. קריטריונים לקבלה מיידית (ללא המתנה) 13
- 4.4. אינטייק ממוחשב 13

5. הנחיות לטיפול תרופתי ופסיכו-סוציאלי 14.....

- 5.1. עקרונות טיפוליים 14
- 5.2. שלבי הטיפול 14
- 5.2.1. השלב החריף (האקוטי) 14
- 5.2.2. שלב ההתייצבות 15
- 5.2.2. שלב הייצוב המתקדם 15
- 5.2.4. שלב סיום הטיפול ומעבר למסלול הגמילה המלאה 15
- 5.3. רצף טיפול 15
- 5.4. טיפול רפואי 16
- 5.4.1. בדיקות קבלה 16
- 5.4.2. הערכה רפואית 16
- 5.4.3. הנפקת התרופה - מתדון 16
- 5.4.4. מינון 17
- 5.4.5. הנפקת התרופה - בופרנורפין 17
- 5.5. טיפול פסיכוסוציאלי 18
- 5.5. הערכת מסוכנות 20
- 5.7. גמילה פיסית (דטוקסיפיקציה) בעזרת מתדון / בופרנורפין – הנחיות רפואיות 21

6. טיפול באוכלוסיות מיוחדות / במצבים מיוחדים 22.....

- 6.1. נשים 22
- 6.2. נשים הרות וטיפול ביילודים 22
- 6.3. בדיקת הריון 25
- 6.4. ניטור ומעקב אחר ילודים 25
- 6.3. הפסקת הריון 26
- 6.4. תחלואה כפולה נפשית 26



7. אוכלוסיית מכורים מזדקנים (אוכלוסיות מיוחדות אחרי נשים) 28
- 7.1. שימוש מרובה בסמי רחוב ותרופות 29
- 7.2. מחלות זיהומיות 29
8. זכויות מטופלים וגבולות טיפוליים 30
- 8.1. הקדמה 30
- 8.2. זכויות המטופל 30
- 8.3. גבולות טיפוליים (כללי מסגרת) 31
- 8.3.1. חובות 31
- 8.3.2. איסורים 31
- 8.3.3. הטלת הגבולות (סנקציות) טיפוליות 32
- 8.3.4. הטבות (תמריצים) 32
9. מתן טיפול תרופתי לנסיעות לחו"ל 33
10. קבלת מטופלים תיירים לתקופות מוגבלות 33
11. חובת דיווח 33
12. פיקוח 34
- צרופה א: הצוות 35
- נספח מס' 1: אומדן *Short Opiate Withdrawal Scale - SOWS* 39
- נספח מס' 2: אומדן קליני לגמילה מאופי אטים *COWS* 40
- נספח מס' 3: שאלון *HCR-20* 43
- נספח מס' 4: שאלון להערכת פסיכופתיה *PCLR - SV* 46
- נספח מס' 5: סקלת *FINNEGAN* להערכת תסמונת גמילה בילודים 47

אין במסמך מדיניות זה כדי למעט או לצמצם הוראות ו/או דרישות ו/או סייגים המופיעים בחוק לפיקוח על מוסדות למשתמשים בסמים התשנ"ג-1993 ותקנותיו וכן בקובץ הנהלים של המחלקה לטיפול בהתמכרויות המתעדכנים מעת לעת.

אין במסמך מדיניות זה כדי להטיל על משרד הבריאות כל חובה לאספקת טיפולים ו/או שירותים אשר אינם בתחום סמכותו, וממילא מחוץ למסגרת התקציב של המשרד, למרות החשיבות הרבה שבאספקת טיפולים או שירותים אלו.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מינהל הרפואה
אנף לבריאות הנפש | המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment Of Substance Abuse

1. עיקרי המדיניות לטיפול תרופתי ממושך במכורים לאופיאטים

בהתבסס על המידע המחקרי והרפואי המקומי והבין-לאומי העדכני וקביעת גופים מקצועיים שונים בעולם דוגמת איגוד הפסיכיאטרים האמריקאים (APA), המכון הלאומי למצוינות קלינית (NICE) באנגליה, ומינהל שרותי טיפול בהתמכרויות ובריאות הנפש בארה"ב (SAMHSA), קובע משרד הבריאות כי:

- 1.1.1 טיפול תרופתי ממושך באמצעות אגוניסט (דוגמת מתדון), או אגוניסט חלקי (דוגמת בופרנורפין-בתרופות כגון סובוטקס, סובוקסון) הינה שיטת טיפול יעילה ובטיחותית בחולים במחלת ההתמכרות לאופיאטים המעוניינים להפסיק את השימוש אופיאטים, ומצמצמת משמעותית את הנזק הישיר והעקיף הנגרם עקב ההתמכרות.
- 1.2 למשתתפים בתוכניות טיפול תרופתי ממושך שיעורי התמדה גבוהים (Retention Rates) יותר מאשר בגישות טיפוליות אחרות.
- 1.3 יעילות הטיפול מתבטאת בהשגת שליטה על דפוסי צריכת הסם עד להפסקה מוחלטת של השימוש בו, הקטנת הסיכון להידבק במחלות זיהומיות ולהפיץ בשל השימוש בהזרקה ובהקטנת נזקי הפשיעה הנלווים לשימוש בסמי רחוב.
- 1.4 שילוב טיפול פסיכו-סוציאלי וטיפול שיקומי עם הטיפול התרופתי הוכח כמשפר באופן משמעותי את הפסקת השימוש וההינזרות המוחלטת (total abstinence) הן אופיאטים והן מסמי רחוב אחרים. הטיפול המשולב תורם משמעותית להגדלת יכולת התפקוד של המטופל במעגלי החיים השונים: עבודה, משפחה וחברה ובכך מאפשר חזרה למעגל החיים הנורמטיביים.
- 1.5 מאחר והמטופלים הסובלים ממחלת ההתמכרות, שהינה מחלה כרונית, לעיתים הטיפול בהם הינו ארוך טווח ואף במקרים רבים נמשך במהלך כל חייהם.
- 1.6 נדרשת בניית מערך טיפול רב שלבי - דיפרנציאלי ושיטתי המשלב בתוכו מסלולי טיפול בהתאם למצבו, אפיונו והתקדמותו בתהליך. מסלול הטיפול הינו מותאם למטופל באופן אישי כך שיענה על הטיפול התרופתי כמו גם על החלק הסוציאלי והשיקומי.
- 1.7 על המרכז לקיים ישיבות מעקב סדורות בתדירות שלא תפחת משישה חודשים, בהם מתקבלות החלטות בדבר תכני ומשך הטיפול בכל שלב בו מצוי המטופל, ע"י צוות רב מקצועי (הרפואי והפסיכוסוציאלי) בשיתוף המטופל.
- 1.8 הבחירה בסוג תרופה (מתדון / בופרנורפין / סובוקסון) ובמינון נעשית על ידי רופא המרכז וזאת לאחר בדיקה קלינית, בדיקות מעבדה ושיקול פרטני הלוקח בחשבון מספר גורמים כגון ההיסטוריה התמכרות וחומרתה, המוטיבציה לטיפול, הערכת יתרונות וסיכונים של כל טיפול תוך שיתוף המטופל וזאת בהתאם להתוויות והתוויות הנגד של התרופה.



- 1.9. יש לתעדף עבור כל מטופל הפונה לראשונה למרכז או חוזר לטיפול לאחר הפסקה, טיפול בתרופת סובקסון וזאת בשל היותה מוכללת בסל התרופות, מיעוט תופעות הלווי, בטיחותה הגבוהה והפחתת הסיכון לשימוש מזיק בה.
- 1.10. כל מסגרת טיפולית מחויבת בנוסף למתן הטיפול התרופתי והפסיכוסוציאלי גם במתן הדרכה למזעור נזקים ולקידום בריאות באופן שותף ע"י הצוות הרפואי והסיעודי במרכז. ניתן להיעזר גם בגורמים חיצוניים כגון: נציגי לשכות בריאות, ואגף לבריאות הציבור במשרד.
- 1.11. מתדון (Methadone Hydrochloride) וסובקסון (בופרנורפין/ נלוקסון) במינון אוראלי מותאם אישית, הינן התרופות האגוניסטיות/ אגוניסטיות חלקיות המומלצות בישראל בשלב זה כאופציה לטיפול תרופתי ממושך בהתמכרות לאופיאטים. תרופת בופרנורפין (Buprenorphine), **מיועדת לטיפול בנשים אשר טופלו טרם ההיריון בסובקסון ובשל ההמלצה שלא ליטול סובקסון בהריון, יש להעבירם לבופרנורפין או למתדון בזמן ההיריון וההנקה.**
- 1.12. טיפול תרופתי אגוניסטי במתדון יינתן רק במרכזים הציבוריים אשר קיבלו רישיון (רפואי או משולב) עפ"י חוק פיקוח על מוסדות למשתמשים בסמים 1993 ותקנותיו. על המרכזים לעמוד בדרישות החוק והתקנות ולהיות נגישים לתחבורה ציבורית ולבעלי מוגבלויות.
- 1.13. טיפול תרופתי בבופרנורפין / סובקסון יינתן הן במרכזים ציבוריים והן במרכזים פרטיים ע"י רופאים שהוכשרו לכך ובהתאם לקבלת רישיון (רפואי או משולב) עפ"י חוק פיקוח על מוסדות למשתמשים בסמים 1993 ותקנותיו. גם במרכזים פרטיים, רצוי לעודד את המטופלים לעבור לתרופת סובקסון וזאת במטרה למנוע שימוש מזיק בה.
- 1.14. על מנת לתת מענה טיפולי למתגוררים באזורים המרוחקים ממרכזי הקבע- תופעלנה מרפאות ניידות לאזור הגליל המזרחי והעליון, לאזור הגליל המערבי והעליון ולאזור הנגב. מקומות הטיפול ייקבעו באישור המחלקה לטיפול בהתמכרויות.
- 1.15. יש חשיבות להרחבת הקשרים ההדדיים עם מוסדות רפואה ראשונית (קופות חולים ומרכזים לבריאות הנפש) ובתי חולים כלליים ופסיכיאטרים.
- 1.16. ש לחזק את תחום המחקר בנושא שימוש בסמים ואלכוהול וההתמכרות אליהם, שיטות טיפול חדשות בהם, וכן לעודד חוקרים מתחומי הרפואה, מחלות זיהומיות ואפידמיולוגיה וחקר המח והביולוגיה מחד וחוקרים בתחומי מדעי החברה מאידך לחקור תחום זה.



2. מבוא

2.1. מחלת ההתמכרות לאופיאטים / אופיואידים ונזקיה

התמכרות לחומרים אופיאטים (הרואין, מורפין, קודאין) וחומרים אופיואידים (מתדון, אוקסיקונטין, פנטאניל ונגזרותיהם) הינה מחלה כרונית של המוח, בעלת היקפים נרחבים ובעלת השלכות שליליות רבות על המכור, על בני משפחתו, על הקהילה ועל בריאות הציבור.

להתמכרות זו נלווים לעיתים קרובות ביותר שימוש בחומרים פסיכואקטיביים אחרים (polysubstance abuse) - המקשים על תהליך הטיפול ומחייבים התייחסות מרובה וייחודית ודפוסים עברייניים הנלווים לשימוש.

2.1.1. הגדרת ההתמכרות

2.1.1.1. התמכרות היא מחלה מוחית כרונית בשל שינויים נירו-פלסטיים ברמה עצבית וברמה מולקולארית במוח, חלקם הפיכים וחלקם בלתי הפיכים, כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים שונים.

2.1.1.2. המחלה הינה בעלת מאפיינים הילקחותיים חוזרים ונשנים עם היבטים ביו-פסיכו-סוציאליים, המאופיינת בהתנהגות אובססיבית-קומפולסיבית לחיפוש אחר סמים, אלכוהול או חומרים פסיכואקטיביים אחרים ונטילתם למרות התוצאות השליליות הנגזרות מכך. בשל תופעת הסבילות נדרשת כמות הולכת וגוברת של חומר, על מנת להשיג השפעה רצויה. הפסקה או הפחתת המינון גורמת להופעת תסמיני גמילה.

2.1.2. אבחנה של תסמונת תלות (התמכרות)

2.1.2.1. בישראל האבחון מתבצע בידי רופא לפי סיווג המחלות הבינלאומי של ארגון הבריאות העולמי, ICD-10.

2.1.2.2. יש לקבוע אבחנה ודאית של תלות אך ורק כאשר הודגמו או נחו 3 או יותר מהמדדים הבאים בזמן כלשהו במהלך השנה שחלפה:

2.1.2.2.1. תשוקה עזה או דחף כפייתי ליטול את החומר.

2.1.2.2.2. קשיים בשליטה על התנהגות של נטילת החומר, במונחים של תחילת השימוש, הפסקתו והכמות הנצרכת.

2.1.2.2.2.1. מצב של גמילה פיזיולוגית כשהשימוש בחומר נפסק או הופחת, כפי שמתבטא

בתסמונת הגמילה האופיינית לאותו חומר פסיכואקטיבי או שהשימוש באותו חומר (או בחומר דומה) מקל על הסימפטומים של הגמילה או מונע אותם.



2.1.2.2.2. עדות להתפתחות של התרגלות (Tolerance), באופן המחייב הגדלת המינון של

החומרים הפסיכואקטיביים, כדי להשיג תוצאות שבתחילה הושגו בעזרת מינונים נמוכים יותר (דוגמאות לכך אפשר למצוא אצל בעלי תלות אופיאטים, הנוטלים מנה יומית שדי בה כדי להביא לחוסר תפקוד או לגרום מוות אצל משתמשים שלא פיתחו התרגלות).

2.1.2.2.3. הזנחה מתקדמת של הנאות ושל תחומי עניין אחרים בגלל השימוש בחומר הפסיכואקטיבי ועלייה בזמן שהאדם מקדיש להשגת החומר או לצריכתו, או בזמן הנדרש להתאוששות מהשפעותיו.

2.1.2.2.4. התמדה בשימוש למרות שיש עדות ברורה לנזקים שהוא גורם, כמו: נזק לכבד בגלל שתייה מופרזת, תקופות של דיכאון בעקבות שימוש "כבד" בחומר או פגימה בתפקוד הקוגניטיבי, הקשורה לסמים. יש לוודא שהמשתמש אכן היה מודע לאופי הנזק ולהיקפו, או שאפשר היה לצפות לכך שיהיה מודע להם.

2.1.3. אבחנה של שימוש מזיק (שימוש לרעה)

הגדרה – זהו דפוס של שימוש בחומר פסיכואקטיבי הגורם לנזק לבריאות. הנזק עלול להיות גופני (כמו צהבת כתוצאה מהזרקה עצמית של סמים) או נפשי (דוגמת אירועים של הפרעה דיכאונית משנית לצריכה כבדה באלכוהול).

2.1.4. נזקי ההתמכרות והשימוש המזיק

2.1.4.1. סיכון מוגבר למוות ולתחלואה גופנית/נפשית של המכור ממנת יתר, ממחלות זיהומיות כתוצאה משימוש במחטים מזוהמות (צהבת B ו-C, HIV), מחלות כבד כגון: שחמת, מתזונה לקויה והרגלי בריאות לקויים (מחלות דנטליות, אובדן שיניים), מאובדנות, נפילות, תאונות, חבלות עקב אלימות ועוד.

2.1.4.2. סיכון מוגבר להפצת מחלות זיהומיות

2.1.4.3. עבריינות (גניבות, שוד, פריצה) למימון הסם

2.1.4.4. עיסוק בזנות למימון הסם

2.1.4.5. תפקוד חברתי ומשפחתי לקוי ביותר- אי תעסוקה וחוסר יצרנות, דרות רחוב, אלימות, פירוק משפחה, העדר מסוגלות הורית, דרדור בני משפחה נוספים לשימוש בסמים.



2.2. תרופות לטיפול בהתמכרות לאופיאטים

טיפול תרופתי ממושך למכורים לאופיאטים מבוסס על עקרון של מתן תרופה אגוניסטית או אגוניסטית חלקית. התרופות הנמצאות בשימוש בשלב זה הינן: מתדון (Hydrochloride Methadone), בופרנורפין (Buprenorphine) בפרנורפין / נלקסון (תכשיר מעורב סובוקסון) עבור מטופלים בטיפול במרכזים ציבוריים ופרטיים בעלי רישיון כמקובל.

תכשיר מתדון:

הינו אגוניסט אופיואיד מלא, הפועל על קולטן μ . הוכנס לראשונה לטיפול במכורים להרואין בשנות ה-60. מחקרים שונים הראו כי המתדון הינו יעיל לטיפול אחזקתי והפחתת השימוש באופיואידים. כמו כן, הוא יעיל בהפחתת התחלואה של מחלות זיהומיות והורדת התמותה.

חשוב לציין, כי נדרשת זהירות בשימוש בתרופה לאור מקרי מוות רבים ממנת יתר וזאת במיוחד לאחר הורדת מינון או גמילה טוטאלית ועל כן הטיפול ניתן רק במרכזים ציבוריים תוך מעקב רפואי צמוד.

בופרנורפין:

הינו אגוניסט חלקי לקולטן μ . התרופה נמצאת בשימוש רחב במדינות מערביות רבות כגון: צרפת, ארה"ב, אנגליה, אוסטרליה, פינלנד ועוד. בנוסף, חלק ממדינות אלו מספקות את התרופה במסגרות רפואה ראשונית.

בארץ, התרופה הוכנסה לראשונה בשנת 2002, וניתנת במסגרות ציבוריות ובמספר מוגבל של מרפאות פרטיות הנדרשות לעמידה ברישיון למוסד לטיפול במשתמשים בסמים ע"פ חוק, תחת פיקוח הדוק של משרד הבריאות.

בשנת 2013 לאחר הכללת סובוקסון לסל התרופות, המטופלים שנטלו בופרנורפין הועברו לטיפול בסובוקסון ותכשיר בופרנורפין ניתן רק למכורות הוות או מניקות.

סובוקסון (בופרנורפין/נלוקסון)

תכשיר מעורב הכולל גם נלוקסון ביחס 1:4, הפועל כאנטגוניסט לאופיואידים. בעת נטילת התרופה דרך הפה, השפעת הנלוקסון לא מורגשת. רק באם נעשה שימוש מזיק דרך הזרקה, או הסנפה הנלוקסון מתחיל לפעול וגורם לתסמיני גמילה קשים, דבר אשר מרתיע את המשתמש ומפחית את הסיכון לשימוש לרעה. מסיבה זו, התכשיר מיועד בעיקר לטיפול אמבולטורי בשל היותו מפחית באופן דרסטי שימוש מזיק.



תופעות גומלין בין מתדון / בופרנורפין ותרופות אחרות

ידוע כי מטופלים רבים הנמצאים בטיפול תרופתי ממושך נאלצים להשתמש בתרופות נוספות כגון: תרופות אנטי-רטרו-ויראליות לטיפול במחלת האיידס ומחלות זיהומיות נוספות או בתרופות פסיכיאטריות. להלן רשימת תרופות שהן בשימוש נפוץ יותר באוכלוסייה זו:

Clinical significance for:		Medication
Methadone	Buprenorphine	
++	++	Amitriptyline
	++	Atazanavir
++	++	Benzodiazepines (alprazolam, diazepam, triazolam)
?		Ciproflaxin
++		Citalopram/escitalopram
?		Erythromycin
++	?	Fluconazole
+	?	Fluoxetine
++	+	Fluvoxamine
+	?	Indinavir
?	?	Ketoconazole
+		Moclobemide
?		Omeprazole
?	?	Ritonavir (avoid using in combination with atazanavir)
?		Sertraline
+		Urine alkalisers e.g. sodium bicarbonate
++	+	Zopiclone

מקראה:

+ - אינטראקציה חלשה

++ - אין חזקה

במקרה וקיימת אינטראקציה יש להימנע משימוש בו זמנית וזאת אם ניתן, ואם לא יש לעקוב אחרי השפעת התרופות ולהתאים את המינונים.



ישנן 4 קבוצות של אינטראקציות:

1. **תרופות אשר מעלות את ההשפעה המדכאת / מרגיעה** – תרופות אלו עלולות להעלות את הסיכון למנת יתר דרך ההשפעה המחזקת את דיכוי מערכת העצבים המרכזית או להעלות את רמות המתדון או בופרנורפין בדם כתוצאה מירידה בקצב הפירוק או בפינוי בשתן.

Clinical significance for:		Medication
Methadone	Buprenorphine	
++		Carbamazepine
+	?	Cimetidine
+		Disulfiram (if used in conjunction with methadone formulations containing alcohol)
+	?	Hypericum perforatum (St Johns Wort)
+		Moclobemide (may cause serotonin toxicity)
+		Nevirapine
	?	Nifedipine
++	?	Phenytoin
++	?	Rifampicin
++	++	Rifabutin
+	+	Urine acidifiers e.g. ascorbic acid

2. **תופעות גמילה או תופעות לוואי** – קבוצת תרופות אלו יכולה לגרום לרמות נמוכות של מתדון או בופרנורפין בדם, הופעת תסמיני גמילה עקב הפירוק המזורז שלהם או יכולה לגרום תופעות לוואי דרך מנגנונים אחרים.

3. הארכת QTC

לקבוצת תרופות זו התווית נגד או צורך בזהירות יתרה כאשר ניתנים יחד עם מתדון או בופרנורפין, בשל השפעתם על קצב הלב באמצעות הארכת QTC.

Clinical significance for:		Medication
Methadone	Buprenorphine	
+	+	Domperidone
+		Citalopram/escitalopram
?	?	Erythromycin
+	?	Thioridazine



4. אינטראקציה עם תרופות אחרות - מתדון או בופרנורפין עלולות להשפיע לרעה באינטראקציה עם תרופות נוספות בקבוצה זו.

Clinical significance for:		Medication
Methadone	Buprenorphine	
++		Atazanavir (methadone may decrease serum levels)
++		Desipramine (metabolism decreased leading to increased plasma levels of desipramine)
++		Nifedipine (methadone may inhibit metabolism)
++		Zidovudine (metabolism is decreased leading to increased plasma levels of zidovudine. Symptoms of zidovudine toxicity can be misinterpreted as opioid withdrawal)

2.3. הטיפול הפסיכו-סוציאלי

שילוב טיפול פסיכו-סוציאלי וטיפול שיקומי עם הטיפול התרופתי הוכח כמשפר באופן משמעותי את הפסקת השימוש עד להינזרות מוחלטת (total abstinence) גם מאופיאטים וגם מסמי רחוב אחרים ואלכוהול. הטיפול המשולב תורם משמעותית להגדלת יכולת התפקוד של המטופל במעגלי החיים השונים: עבודה, משפחה וחברה ובכך מאפשר את השיקום של הלוקים במחלת ההתמכרות והשלכות חיוביות על תפקוד המשפחה.

חשוב לציין שטיפול פסיכו-סוציאלי הינו חובה גם עפ"י התווית התרופה וגם עפ"י הנחיית משרד הבריאות. שיטות טיפול פסיכוסוציאליות מותאמות לכל מטופל באופן אישי ובהתאם לשלבי מחלת ההתמכרות.

שיטות מומלצות

CBT

DBT

הוכח במיוחד ששיטות טיפול פסיכוסוציאליות קבוצתיות תורמות רבות לשיקום של אנשים בטיפול תרופתי ממושך. חשוב להפעיל בכל המרכזים שיטת ראיון מוטיבציוני שיכולה להביא לשיפור דרסטי של המטופלים.

יש להפעיל קבוצות ייחודיות לנשים בדגש על טיפול בטרומות מיניות



3. אוכלוסיית היעד ומטרות הטיפול

3.1. אוכלוסיית היעד

- 3.1.1. מכורים לחומרים אופיאטים /אופיאידים אשר נכשלו בשני ניסיונות קודמים בגמילה מוחלטת, מגיל 18 ומעלה, אשר הביעו את רצונם להפסיק להשתמש בסמי רחוב.

3.2. מטרות הטיפול:

3.2.1. לטווח הקצר והבינוני:

- 3.2.1.1. צמצום עד כדי הפסקה מוחלטת של שימוש באופיאטים /אופיאידים.
- 3.2.1.2. צמצום עד כדי הפסקה מוחלטת של שימוש בסמי רחוב וחומרים פסיכואקטיביים אחרים כולל אלכוהול.
- 3.2.1.3. השתלבות בטיפול פסיכוסוציאלי פרטני וקבוצתי.

3.2.2. לטווח הארוך:

- 3.2.2.1. שיקום וחזרה לחיים נורמטיביים, תעסוקתיים ומשפחתיים.

4. קבלה לטיפול (ועדת קבלה וקריטריונים לקבלה)

- 4.1. ועדת קבלה - בכל מרכז תופעל ועדת קבלה רב מקצועית המורכבת מלפחות שני חברים, בהם רופא המרכז, עובד סוציאלי, פסיכולוג קליני או קרימינולוג קליני.

4.2. קריטריונים לקבלה

- 4.2.1. גיל 18 ומעלה.
- 4.2.2. שימוש באופיאטים /אופיאידים לפחות שנה (נקבע לפי בדיקות שתן, אנמנזה ועדויות ממשפחה וקהילה וכו').
- 4.2.3. כישלון בשני ניסיונות גמילה לפחות או חוסר התאמה לגמילה מסיבות רפואיות או פסיכוסוציאליות.
- 4.2.4. הערכה חיובית של יכולת ומוכנות בסיסית לעמוד בדרישות המרכז והתוכנית הטיפולית.
- 4.2.5. השלמת בדיקות רפואיות נדרשות עפ"י הנחיית משרד הבריאות.



4.2.6. היעדר התווית נגד (א.ק.ג וצילום חזה) לתרופות הללו.

4.2.7. במקרה של חריגה מקריטריונים אלו, הקבלה לטיפול מותנית באישור המחלקה לטיפול בהתמכרויות.

4.3. קריטריונים לקבלה מיידית (ללא דיחוי)

המטופל יתקבל באופן מידי ללא המתנה במקרים הבאים:

4.3.1. נשא או חולה ב HIV.

4.3.2. אישה הרה

4.3.3. פונים העוסקים בזנות

4.3.4. מטופל ע"י מתדון / בופרנורפין אשר קיבל טיפול זה במוסד אחר – בי"ח, בית מעצר, בית סוהר, מרפאה אחרת- כהמשך טיפול.

4.3.5. דרי רחוב

4.3.6. חולה במצבים רפואיים ו/או פסיכוסוציאליים חריגים שקיבלו אישור מהמחלקה לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות.

4.3.7. פונים המופנים ע"י יחידות יזה"ר – תוכנית להחלפת מזרקים

בכל מקרה בו קיים חשש להתנהגות אלימה של מטופל יש לבצע הערכת מסוכנות לאחר עפ"י שאלונים HCR 20 ו PCLR – SV. חשוב לחזור על הערכת המסוכנות לאחר תקופת התייצבות המטופל.

4.4. אינטייק ממוחשב

4.4.1. כל מטופל יעבור אינטייק מקיף שיתועד במערכת הממוחשבת שאושרה ע"י המחלקה לטיפול בהתמכרויות.

4.4.2. במהלך החודש הראשון לאחר קליטת המטופל יש לבצע הערכת חומרת ההתמכרות עפ"י שאלון ASI ממוחשב ויש לחזור על מילוי השאלון פעם בשנה על מנת לעקוב אחרי התקדמות הטיפול.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מינהל הרפואה
אגף לבריאות הנפש | המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment Of Substance Abuse

5. הנחיות לטיפול התרופתי והפסיכו-סוציאלי

5.1. עקרונות טיפוליים

- 5.1.1. על המטופלים להפסיק, בעזרת תרופות ובעזרת הצוות המטפל את השימוש בסמים ותרופות שלא על פי מרשם רופא.
- 5.1.2. בדיקות שתן מבוצעות באופן אקראי לאיתור שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים.
- 5.1.3. תדירות הבדיקות נקבעת על פי נוהל לקיחת דגימות שתן ושליחתם למעבדה, עבור יחידות לטיפול בנפגעי סמים (נוהל מס' 40.007).
- 5.1.4. בכל מרכז יבוצעו בדיקות אקראיות לגילוי אלכוהול במכשירים שאושרו ע"י המחלקה.
- 5.1.5. על המטופלים להשתלב בתכנית טיפולית שנקבעה איתם, הכוללת התייחסות לבעיות רפואיות, פסיכוסוציאליות, משפחתיות ותעסוקתיות.
- 5.1.6. מכורים בעלי תחלואה גופנית או נפשית יטופלו בשיתוף פעולה וייעוץ של רופא המשפחה או רופא מומחה / פסיכיאטר.
- 5.1.7. משך הטיפול - ייקבע בכל מקרה ע"פ התוויות רפואיות ושיקולים פסיכוסוציאליים.
- 5.1.8. התוכנית הטיפולית של המרכז תאפשר מתן מענה הולם למטופלים בכל אחד מארבעת שלבי הטיפול, מבחינת שעות הפעילות, אינטנסיביות ותכנים.
- 5.1.9. התוכנית הטיפולית תיבנה במשותף עם המטופל, בכפוף למדיניות זו ולנהלים ולהנחיות המחלקה.
- 5.1.10. מטופלים של המרכזים לטיפול תרופתי ממושך יהיו זכאים לקבל שירותים כגון טיפולים קהילתיים מלשכות הרווחה באזור מגוריהם וזאת על בסיס של שיתוף פעולה ותאום בין העובדים המקצועיים במרכזים ובלשכות הרווחה.

5.2. שלבי הטיפול

- 5.2.1. השלב החרף (האקוטי) - לאלו המתחילים את הטיפול. שלב זה הינו מקיף ואינטנסיבי ומטרתו צמצום השימוש באופיאטים / אופיואידים עד להפסקה מוחלטת וצמצום השימוש בסמי רחוב וחומרים פסיכואקטיביים אחרים, זאת במקביל לפעילויות המכוונות לייצוב המצב הרפואי, הנפשי הסוציאלי (המשפחתי, המשפטי ובעיות נוספות הקשורות להתמכרות).



5.2.2. שלב ההתייבבות - לאחר שהמטופל התייבב מבחינת מינון התרופה והתייבב על הינזרות משימוש בסמי רחוב ומשתף פעולה עם הטיפול ועם כללי המרכז. שלב זה מחייב המשך מתן טיפול תרופתי ומעקב רפואי ופסיכוסוציאלי תוך כדי הפחתת תדירות הגעת המטופל למרכז, בהתאם לצרכיו ומצבו. בשל ריבוי הבעיות הפסיכוסוציאליות הנלוות למחלת ההתמכרות יכול שלב זה להיות ממושך ועבור חלק מהמטופלים גם להימשך לכל חייהם.

5.2.3. שלב הייצוב המתקדם - אשר בו נבנית יחד עם המטופל תוכנית טיפול פרטנית ומותאמת לצרכיו ולאפשרויות הקיימות במערכות השונות באותה עת וזאת במטרה לקדם השתלבותו בחברה באופן נורמטיבי.

5.2.4. שלב סיום הטיפול ומעבר למסלול הגמילה המלא - מתאים למטופל אשר מתמיד בהימנעות מוחלטת משימוש מזיק בסמי רחוב והתייבב מבחינת מצבו הפסיכוסוציאלי לאורך זמן. שיטת הטיפול תבחן בשיתוף הרופא, עו"ס והמטופל.

יש לציין שמחלת ההתמכרות הינה מחלה כרונית התלקחותית ותיתכן נסיגה לשלבי טיפול קודמים.

5.3. רצף טיפול

5.3.1. יש לקבל כל פונה אשר טופל בתרופה אגוניסטית/ אגוניסטית חלקית במסגרת מוכרת ובעלת רישוי (כגון שב"ס, בית חולים, מרפאה אחרת) ללא דיחוי תוך כדי קיום רצף טיפול.

5.3.2. כל עובד טיפולי המסיים את עבודתו במרכז מחויב לדאוג להעברה מסודרת של המטופל למטפל אחר ולחפיפה עמו, תוך כדי הבטחת רצף טיפול וזאת על מנת למנוע פגיעה במטופל.

5.3.3. הצוות הטיפולי (רפואי, סיעודי ופסיכוסוציאלי) של המרכז לטיפול תרופתי ממושך, יעביר את המידע הנדרש וייעץ על פי הצורך לצוות בתי חולים כלליים, פסיכיאטריים, בתי המעצר ומסגרות שב"ס בנוגע לטיפול במכורים שרשומים במרכז וזאת עפ"י חוק זכויות החולה 1996.

5.3.4. מתן הטיפול התרופתי אינו מהווה מטרה בפני עצמה אלא הינו כלי להשגת מטרות טיפוליות ושיקומיות בסיוע צוות רב מקצועי.



5.4. טיפול רפואי

5.4.1. בדיקות קבלה

5.4.1.1. כל הפונה למרכז מחויב בביצוע הבדיקות הבאות בטרם קבלתו: אנמנזה, בדיקת שתן לגילוי סמים, צילום חזה וא.ק.ג.

5.4.1.2. במידת הצורך, ע"פ שיקול דעת רפואי, ניתן לחייב את הפונה בביצוע בדיקות מעבדה נוספות בטרם קבלתו למרכז.

5.4.1.3. לאחר התחלת הטיפול התרופתי יחויב המטופל להשלים בדיקות דם לגילוי מחלות זיהומיות: הפטיטיס B ו-C, HIV. כולל מעקב אחר בדיקות אלו אחת לשנה לפחות.

5.4.2. הערכה רפואית

5.4.2.1. לאחר התחלת הטיפול התרופתי והתייצבות על מינון מתאים, על הרופא לבצע הערכה רפואית מקיפה של מצבו הגופני והנפשי של המטופל לפחות פעם בשבועיים.

5.4.2.2. להשלמת ההערכה מומלץ לבצע את הבדיקות העוזר הבאות: בדיקת שתן כללית ולנשים בגיל פוריות בדיקת דם לגילוי הריון HIT; בדיקת דם לביוכימיה הכוללת: Sodium, Creatinine; Potassium; Urea; Glucose; Chloride. בדיקת תפקודי כבד: Bilirubine, direct ו total; ALT, AST, GGT; ולא פחות מפעם בחצי שנה.

חשוב לציין שבדיקות אלו לא מהוות תנאי קבלה למרכז.

5.4.3. הנפקת התרופה – מתדון

5.4.3.1. במרכז לטיפול תרופתי ממושך ניתן מתדון בשתייה באופן אישי מידי יום למעט שבתות וחגים, תחת השגחה סיעודית ורפואית.

5.4.3.2. בתנאים מסוימים כגון: מחלות שלא מאפשרות הגעת המטופל למרכז או במצבים פסיכוסוציאליים המונעים ממנו הגעה, ניתן לתת מנות מתדון הביתה באישור רופא המרכז.

5.4.3.3. במידה והמטופל במרכז יאושפז בבית"ח כללי או פסיכיאטרי, על המרכז לעדכן את בית החולים על מינון התרופה שמקבל המטופל.



5.4.4. מינון

5.4.4.1. הנחת יסוד: מינון התרופה האגוניסטית הינו אחד מהגורמים המרכזיים המשפיעים על מצבו הגופני והנפשי של המטופל ועל תפקודו, בעיקר על הצלחתו להימנע משימוש בסמי רחוב. על כן, קביעת המינון המתאים למצבו של המטופל ועדכונו בהתאם להתוויית רפואיות ופסיכוסוציאליות הינו מטלה רפואית וטיפולית בעלת חשיבות עליונה לאורך תקופת הטיפול.

5.4.4.2. המינון ייקבע בהתאם למצבו של המטופל ועפ"י שיקול דעת של רופא. על הרופא להתייעץ עם אנשי הצוות הרב מקצועי ולכלול בשיקוליו מידע על מצבו הפסיכוסוציאלי של המטופל ועל תפקודו במסגרת הטיפולית של המרכז.

5.4.4.3. מינון המתדון (METHADONE HYDROCHLORIDE) הממוצע הינו בטווח של 60 - 120 מ"ג.

5.4.4.4. העלאת המינון תבוצע לאחר בדיקת הרופא ובהתאם למצבו של המטופל. יש לקחת בחשבון קשרי גומלין בין תרופתיים כולל סינרגיזם, כפי שקורה למשל בעת שימוש בתרופות נוגדות דיכאון או לטיפול בשחפת ואידס.

5.4.4.5. העלאת המינון מעבר ל 120 מ"ג מותנית באישור הנהלת המחלקה לטיפול בהתמכרויות שהוסמכו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות עפ"י הנדרש בפקודת הסמים המסוכנים.

5.4.4.6. מינון גבוה מ 150 מ"ג מחייב נקיטת אמצעי זהירות הכוללים בדיקת רמת המתדון בדם (רצוי) ובדיקת EKG לשלילת QT ארוך, המעיד על סיכון לבבי.

5.4.4.7. במקרים מיוחדים, עפ"י התוויית רפואיות, ניתן לחלק את המינון ולתת אותו פעמיים ביום.

5.4.5. הנפקת התרופה – בופרנורפין, בופרנורפין/ נלקסון (סובקסון)

5.4.6. המלצת המחלקה לטיפול בהתמכרויות לאופיאידים הינה להעדיף טיפול באמצעות סובקסון מכל הסיבות שהוזכרו לעיל.



- 5.4.6.1. בטיפול בבופרנורפין, המינון הממוצע הינו 12-16 מג' ביום. מינון התחלתי הינו 2 מ"ג שניתן אך ורק לאחר הופעת סימני גמילה אובייקטיביים ע"פ ציון שאלון cows ועפ"י מדדים סובייקטים על פי שאלון sows (ראה נספח 1+2). (כאשר הציון בשאלון cows גדול מ- 12 ובשאלון sows גדול מ- 16 כמדד להתחלת טיפול. את הטפסים המלאים יש לתעד בתיקו האישי של המטופל
- 5.4.6.2. העלאת המינון לתרופת הבופרנורפין תבוצע לאחר בדיקה מקיפה של רופא המרכז בהתאם למצבו של המטופל.
- 5.4.6.3. הטיפול בבופרנורפין יהיה עפ"י נוהל לטיפול בבופרנורפין (סובוטקס) במוסדות מורשים (מס' 40.008) + נספח 8.1 – פרוטוקולים לטיפול בסובוטקס.
- 5.4.6.4. במידה והמטופל במרכז יאושפז בב"ח כללי או פסיכיאטרי, על המרכז לעדכן את בית החולים על מינון התרופה שמקבל המטופל.
- 5.4.6.5. כפי שנאמר קודם, אישה הרה או מניקה תועבר לטיפול במתדון או בבופרנורפין ע"פ שיקול דעת רפואי.

5.5. טיפול פסיכוסוציאלי

- 5.5.1. לכל מטופל ייקבע מטפל אישי אשר ישמש גם כמתאם טיפול (Case Manager) ויהיה אחראי לתכלול ותאום מגוון המענים הנדרשים על פי תוכניות הטיפול גם אם אינם ניתנים על ידו ישירות.
- 5.5.2. בניית קשר אישי ואמון בין המטופל למטפל הינם הבסיס לכל התערבות פסיכוסוציאלית. על הטיפול הפסיכוסוציאלי להתייחס למגוון צרכים ונושאים כגון התמודדות עם שימוש מזיק בחומרים, טראומות, בעיות משפחתיות ועוד.
- 5.5.3. בכל מרכז יהיה צוות מקצועי שיכלול: עובדים סוציאליים (ופסיכולוגים קליניים, קרמינולוגים קליניים) ועובד שיקומי. כמו כן, ייעשו מאמצים לשלב אנשי מקצוע עם רקע תרבותי שונה המשקף את המגוון הקיים בקרב אוכלוסיית המטופלים, תוך הנגשה תרבותית של הטפסים במרכז.
- 5.5.4. התוכנית הטיפולית האישית שתכלול מטרות ויעדי ביניים. התוכנית הטיפולית תעודכן עפ"י הצורך ועפ"י מצבו של המטופל ולפחות אחת לשלושה חודשים.
- 5.5.5. תכנית טיפול ראשונית תופעל מיום קבלתו לטיפול.



5.5.6. אינטנסיביות הטיפול הפסיכוסוציאלי תותאם לשלב הטיפול בו נמצא המטופל ולמצבו :

5.5.6.1. השלב החרף (האקוטי) - לפחות פגישה פרטנית אחת לשבוע, והשתתפות במפגשים קבוצתיים לפחות 3 פעמים בשבוע.

שלב ההתייבבות - פגישה פרטנית לפחות אחת לשבועיים, והשתתפות במפגשים קבוצתיים לפחות אחת לשבוע. חשיבות להשתתפות במפגשי קבוצה לעזרה עצמית (NA) קבוצת 12 צעדים, (MA).

5.5.6.2. שלב הייצוב המתקדם - פגישה פרטנית עפ"י הצורך ולא פחות מפעם בחודש והשתתפות במפגשים קבוצתיים פעם בחודש או לפי הצורך. חשיבות להשתתפות במפגשי קבוצה לעזרה עצמית.

5.5.6.3. שלב סיום הטיפול ו/או מעבר למסלול הגמילה המלאה - פגישה פרטנית לפחות פעם בשבוע או יותר עפ"י הצורך. חשיבות להשתתפות בנוסף גם במפגשי קבוצה לעזרה עצמית (NA), קבוצת 12 צעדים (MA).

5.5.6.4. אם יש מצב מצוקה המחייב קבלת עזרה זכאי המטופל לפגישות נוספות כפי שהמצב מחייב.

5.5.7. עדכון תקופתי של תוכנית הטיפול תעשה אחת לשלושה חודשים, או כפי שידרש, בהתייעצות עם רופא המרכז.

5.5.8. עבור מטופלים שהתייבבו על מינון התרופה ועובדים - תותאם תוכנית טיפולית פסיכוסוציאלית שתאפשר המשך עבודתם ללא פגיעה.

5.5.9. טיפול פסיכוסוציאלי הינו המענה להפחתת והפסקת השימוש בסמי רחוב, תוך התאמת סוגי ההתערבויות לחומרת השימוש, סוגי החומרים ומספר החומרים בהם נעשה שימוש בו זמנית (Polydrug abuse).

5.5.10. ההתערבויות הפסיכוסוציאליות הינן מגוונות - פרטניות, קבוצתיות, משפחתיות, תיווכיות, תוך שימוש במגוון שיטות: קוגניטיביות התנהגותיות כגון:

CBT (Cognitive Behavioral Therapy), CT (Contingency Treatment)

DBT (Dialectical Behavioral Therapy).



ייעוץ בבעיות סוציאליות, מזעור נזקים, גישות הנעתיות (כגון: ראיון מוטיבציוני MI), הדרכתיות (קידום וחינוך לבריאות), קבוצות הסתגלות, קבוצות 12 צעדים, קבוצות התמודדות עם כמיהה ומניעת הישנות ("Relapse Prevention"), התערבויות פסיכו-חינוכיות, טיפולים ממוקדי טראומה, פסיכודרמה, טיפול באומנות, טיפול באמצעות ארגון חול ועוד.

5.5.11. הכשרה של מטפלים:

5.5.11.1. כל מרכז מחויב לקיים הדרכה למטפלים הפסיכוסוציאליים ומכאן מחויב כי בצוות יהיו עובדים מקצועיים בכירים בעלי ניסיון והמוכשרים בהדרכה בתחום.

5.5.11.2. כל מרכז מחויב לשלוח נציגים מקרב מטפלי להשתלמויות, ימי עיון וקורסים ייעודיים אשר מקיימת המחלקה לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות מעת לעת.

5.6. הערכת מסוכנות:

אוכלוסיית המכורים אשר נמצאים במרכזים, ברובם בעלי רקע עברייני ואחד ממטרות הטיפול המרכזיות הינן לשמור עליהם נקיים מסמי רחוב ולהפחית את הסיכון להתנהגות אלימה כלפי עצמם וסביבתם. מטופלים רבים מגיעים למרכזים ממסגרות שונות כולל מבתי כלא ועל כן יש לבחון את רמת המסוכנות שלהם וזאת לצורך ניהול נכון של המקרה והפחתת הסיכון לצוות ולמטופלים אחרים. כחלק מהערכה קלינית רחבה, יש להשתמש גם בכלי עזר סטנדרטים להערכת סיכון. מתוך הכילים המקובלים בעולם אשר נמצאו תקפים בחרנו להשתמש בני כלים:

HCR 20 (ראה נספח 3)

PCLR – SV (ראה נספח 4)

אוכלוסייה רלוונטית להערכת מסוכנות:

1. מטופל חדש - בעת קבלתו למרכז. יש לנסות ולקבל כל חומר מקדים ממסגרות עבר כולל רישום פלילי, תסקיר קצין מבחן, סיכומי אשפוז וכו'. כמו כן, יש לחזור על הערכה פעם בשנה על מנת לבחון את רמת המסוכנות הבסיסית והפסיכופתיות אשר מעלה את הסיכון ופוגעת ביכולת להשיג תוצאות משמעותיות בטיפול כמו גם להעריך את מידת ההתערבות הטיפולית בהפחתת הסיכון.

2. מטופל אשר חוזר למרכז אחרי שהות בכלא.



3. מטופל אשר משפחתו או שירותי הרווחה מדווחים על אלימות כלפי בני המשפחה.

4. מטופל אשר מתנהג באופן שמסכן את הזולת, כולל אלימות מילולית ופיזית ולא ברור מה הוא הגורם הקשור להתנהגות זו.

5. יש להקביל את דוח הערכת המסוכנות לדו"ח ASI על מנת לבדוק האם חומרת ההתמכרות קשורה לרמת הסיכון.

5.7. גמילה פיסית (דטוקסיפיקציה) בעזרת מתדון / בופרנורפין- הנחיות רפואיות:

5.7.1. ניתן לבצע גמילה הדרגתית בעזרת מתדון/בופרנורפין. כעיקרון הורדת המינון תבוצע עפ"י מצב המטופל ולפי שיקול דעת רפואי, בהתאם להתוויות רפואיות.



6. טיפול באוכלוסיות מיוחדות/ מצבים מיוחדים

6.1. נשים

נשים פונות פחות לטיפול מאשר גברים וזאת בשל הפחד להמשיך את דפוסי הקורבנות אותן חוו בזמן השימוש. על רקע זה, נשים הינן תת אוכלוסייה קטנה יותר מכלל אוכלוסיית המטופלים אשר דורשת התייחסות ייחודית וזאת בשל נטייתן לפתח סיבוכים רפואיים וחברתיים קשים יותר כמו גם הדאגה לילדים והפחד להסתבך עם רשויות החוק בכל הקשור למשמורת על הילדים.

אנו למדים כי נשים מכורות לא פעם חוו טראומות מיניות, התעללויות נפשיות דבר אשר מוביל אותן לתחלואה נפשית ולהפרעות דחק פוסט טראומטיות.

ניתן לטפל בנשים ביחד עם גברים, אך יש להתאים את הטיפול בנשים לצרכים הייחודיים להם, תוך פיתוח תוכניות ומסלולי טיפול המיועדות להן כגון: קבוצות להעלאת דימוי עצמי, קבוצות ממוקדות טראומה, אימון לאסרטיביות, קבוצות ממוקדות יחסים בין אישים בריאים והורות נכונה.

6.2. נשים הרות וטיפול ביילודים

מספר הנשים המשתמשות בסמים אופיאטים / אופיאידים עלה באופן משמעותי בשנים האחרונות ורוב רובן נמצאות בגיל הפוריות. למרות שהריון יכול להגביר מוטיבציה להיגמל מסמים, לאור הסיבוכים הרפואיים המשמעותיים לאם ולעובר במהלך תהליך גמילה טוטאלית (דטוקס), מומלץ לא לבצע גמילה לאישה הררה אלא לבחור בטיפול תרופתי ממושך ע"י מתדון.

חל איסור מוחלט על טיפול בתכשיר משולב בופרנורפין/נלוקסון (סובקסון) בקרב נשים הרות, עקב סיכון פוטנציאלי לאם ולעובר. על כן, כל מטופלת הררה הנוטלת סובקסון כטיפול תרופתי ממושך, יש להעבירה במידיות לטיפול בופרנורפין או מתדון על פי שיקול דעת רפואי ותוך מעקב רפואי נלווה.

כמו כן, חל איסור לשימוש בזמן הנקה.



טיפול אחזקתי במהלך ההיריון הוכח כיעיל לשיפור מצב האם והיילוד, למשל: מתדון מפחית את החשיפה של היולדת להרעלה וגמילה ובכך מאפשר התפתחות תקינה של העובר ומפחית את שיעורי התחלואה והתמותה. באופן כללי, הטיפול המומלץ הינו באמצעות מתדון. בנוגע לטיפול באמצעות בופרנורפין, ההמלצה היא שניתן להשתמש בתכשיר רק עם התועלת עולה על הסיכון לעובר ולכן ניתן להשתמש בו כאשר מטופלת בהריון מגיעה לטיפול כשהיא כבר משתמשת בבופרנורפין ואיננה מעוניינת לעבור למתדון. בכל מקרה אחר שבו המטופלת עומדת על דעתה לנטילת התרופה, יש לנהוג כדלקמן:

1. לידע את המטופלת כי אין עדיין הוכחה מחקרית מספקת באשר ליעילות ולסיכונים פוטנציאליים לעובר.

2. על הצוות הרפואי המטפל להיוועץ עם מרפאה לטרטולוגיה ולתעד את המלצתם בתיק הרפואי

3. יש לעקוב באופן הדוק אחר המטופלת ולתעד בתיקה.

4. יש להתאים את המינון למטופלת תוך הקפדה יתרה על השלישון האחרון להריונה (להפחית את המינון כהכנה ללידה)

חשוב לציין, כי על פי הספרות המקצועית נכון להיום, מראים כי לבופרנורפין ישנו יעילות ובטיחות מספקת במהלך ההיריון אך נתון זה עדיין אינו שלם, היות ומספר המקרים שנבדקו אינו גדול דיו (Johnson et al; 2003).

בנוסף, ישנם מחקרים המצביעים על כך שיילודים לאימהות מכורות אשר טופלו בבופרנורפין במהלך הריונם, נולדו במועד הצפוי ומשקלם תקין (Lostono et al; 2002;).

הנשים המכורות נוטות להזניח את בריאותן הגופנית ולא לפנות, אלא בשלבים מאוחרים של הריון למעקב רפואי גניקולוגי, דבר אשר עלול להעלות את הסיכונים הבריאותיים לאם ולעובר.

בכל מקרה של מטופלת אשר ידוע כי הינה בהריון יש להקפיד על ביצוע הפעולות הבאות:

6.2.1 הפניה מוקדמת ככל האפשר לרופא גניקולוג לביצוע הערכה ובדיקות נדרשות

6.2.2 הפניה לטיפול חלב לצורך מעקב הריון סדיר

6.2.3 מעקב צמוד של רופא המרכז אחר מינוני המתדון / בופרנורפין והתאמת המינון בהתאם להתקדמות ההיריון.

6.2.4 יש לבדוק את מצבה החברתי / משפחתי / סוציאלי ומידת הסיכון הנשקפת לה ולפעול למציאת מענים מתאימים למצבה המיוחד (כגון: מקום מגורים).

6.2.5 יש לעודד את המטופלת להירשם ללידה בביה"ח ולתעד את שם ביה"ח בתיקה.



- 6.2.6 יש להדריכה שבעת הגעתה לביה"ח עליה להודיע מפורשות על היותה מטופלת במרכז מתדון, כולל מסירת פרטים לגבי מינון ודרכי התקשרות עם המרכז וזאת לצורך תיאום המשך הטיפול ביולדת ומניעת סינדרום גמילה של היילוד.
- 6.2.7 על הצוות הרפואי שבמרכז לייעץ לביה"ח בכל נושא הקשור לטיפול התרופתי בה וביילוד לצורך מניעת סינדרום גמילה.
- 6.2.8 אי שיתוף פעולה בטיפול מהווה סיכון לאם ועלול לגרום ליילוד לפתח תסמונת גמילה, מצב המגדיר אותו כקטין נזקק ובכך כזכאי להגנה לפי חוק הנוער לטיפול והשגחה 1960, על כן יש ליידע את פקידת הסעד.
- 6.2.9 בעת חזרת היולדת לטיפול במרכז יש לפגוש אותה לעיתים תכופות, לפחות פעמיים בשבוע כולל בדיקת רופא ולוודא את מצבה של היולדת וכן, שהיילוד מקבל טיפול נאות מהאם. במידה ולא יש ליידע באופן מידי את פקידת הסעד.
- 6.2.10 במידה וקיים חשש כי היולדת נמצאת במצוקה נפשית לאחר הלידה, יש להפנות להערכת מצב וקבלת טיפול והדרכה הורית במרפאה לברייה"נ.
- 6.2.11 במידה והיולדת נשאית מחלות זיהומיות כגון: H.I.V, הפטיטיס B ו- C יש להפנות אותה לייעוץ במרפאת מומחים.
- 6.2.12 לאימהות המעוניינות להניק, קבלת מתדון לא מהווה התווית נגד אך יש להקפיד על התאמת מינון לרמה הנמוכה ביותר האפשרית. במקרה של טיפול בבופרנורפין, ריכוז התרופה בחלב הינו נמוך ועל כן אינו מזיק ואפילו מומלץ, על מנת למנוע את סינדרום הגמילה העוברית. בכל שאלה בנדון, מומלץ להיוועץ ביחידה לייעוץ טרטולוגי במשרד הבריאות. להלן המספרים:

- א. המרכז הארצי לייעוץ תרופתי: טל': 02-5082825
ב. ייעוץ תרופתי אסף הרופא טל': 08-9779309
ג. ייעוץ תרופתי ביילינסון BELTIS טל': 03-9376911
ד. מידע בהרעלות רמב"ם טל': 04-8541900



6.3. בדיקת הריון

נשים מכורות לאופיאטים יכולות לעיתים לא להיות מודעות לכך שהן הרות מאחר והפסקת ווסת הינו סימפטום נפוץ בקרב המכורות לסמים. על כן יש לעודד כל אישה המתקבלת לטיפול בגיל הפוריות לבצע בדיקת H.I.T לגילוי הריון.

6.4. ניטור ומעקב אחר ילודים:

יש לעקוב אחרי מצבו של יילוד לאמא מכורה לאופיאטים על מנת לזהות התפתחות של תסמיני גמילה או אירועים חריגים. כמו כן, יש חשיבות שהילודים יהיו במעקב של רופא מומחה להתפתחות הילד לפחות עד השנה השנייה לחייהם וזאת במטרה לבדוק התפתחות תקינה ולזהות בעיות התפתחויות במידת הצורך.

תסמיני הגמילה בדרך כלל מופיעים תוך 48 שעות מהלידה אך במקרים נדירים יכולים גם להופיע תוך שבוע עד שבועיים מיום הלידה. רצוי שהניטור ימשך לפחות שבוע ימים בביה"ח או בקהילה (טיפות חלב). רצוי להשתמש גם באומדן כגון Modified על מנת לאמוד את חומרת סינדרום הגמילה.

ע"פ הספרות חומרת סינדרום גמילה של היילוד מושפעת ממשתנים רבים ועל כן קשה לנבא את התפתחותה. כנראה, חומרתה איננה קשורה למינון תרופת אחזקה והיא עשויה להשתפר אם היילוד נמצא בקרבה פיזית של האם מאשר שהוא נמצא בפגיה.

מטרת הטיפול התמיכתי הינה הפחתת הגירויים הסביבתיים והעלאת הנינוחות של היילוד כולל למשל: שימוש במוצץ, שימוש בארוחות קטנות ותכופות והחזקת התינוק בקרבה פיזית לאם ונדנדו כאמצעי הרגעה. הטיפול התרופתי נדרש כאשר מופיע: פרכוסים, הפרעות שינה, חום וירידה במשקל (קושי לאכול, שלשול, הקאות, התייבשות).

הטיפול מתבסס על חומרת תסמיני הגמילה ויש להתחילו כאשר הציון באומדן המצורף עומד על 9 ומעלה בשתי בדיקות חוזרות. ניתן לבחון שוב לאחר הטיפול באותו האומדן בכדי לאמת שיפור במצבו.

על הצוות המטפל להיות בקשר עם הצוות הרפואי בביה"ח על מנת לסייע במתן אינפורמציה ותמיכה לאם.

סקלת FINNEGAN להערכת תסמונת גמילה בילודים (ראה נספח מס' 5)



6.5. הורות בצל ההתמכרות

שימוש בחומרים יכול להתקשר למסוגלות הורית ומהווה גורם מנבא להרחקת הילדים מהורה המכור והעברת המשמורת לגורם אחר. ההורה המכור בדרך כלל סובל מריבוי גורמי סיכון כגון: תחלואה נפשית, אלימות, עבריינות, היסטוריה של טראומות מוקדמות, דרות רחוב, עוני, בידוד חברתי וגידול הילד ללא בן זוג ונזקקות של גורם אחר בעזרה כגון: סבא או סבתא או שיוך למסגרות אומנה יומית. כל זאת, עלול לפגוע במסוגלות הורית ולהשפיע לרע על התפתחות תקינה, על איכות חייו והיווצרות התקשרות תקינה.

להורה המכור אין יכולת להבין נכון סיטואציות פשוטות ולהגיב להן באופן מושכל, דבר אשר מעלה סיכון להזנחה וסיכון אחר בעיקר בשנותיו הראשונות של הילד ועד להגיעו לגיל ביה"ס.

המרכז לטיפול תרופתי ממושך לרוב הינו המקום המרכזי בחייו של המכור, אליו מגיע בתדירות גבוהה ובה פוגש אנשים מתחומי טיפול שונים היכולים לעקוב אחר מצבו ולשמש סביבה תומכת ומדריכה גם בתחום ההורות.

ברגע שמכור הנמצא בטיפול במרכז הופך להיות הורה, על הצוות המטפל להתייחס להיבטים השונים ולבחון את תפקודו כהורה ובמידת הצורך לעמוד בקשר עם גורמי הרווחה וזאת במטרה לשמור על טובת הילד.

6.6. הפסקת הריון

6.6.1. במידה ואישה הרה הנמצאת בטיפול מעוניינת בהפסקת הריון יש ללוות אותה בתהליך זה וליידע את ביה"ח בו תתבצע הפסקת ההריון, בהסכמתה, על היותה מטופלת במתדון / בופרנורפין/ סובוקסון ועל המינון אותו היא נוטלת.

6.6.2. לאחר הפסקת הריון יזומה או טבעית יש לעקוב אחר מצבה הגופני והנפשי של המטופלת תוך כדי התאמת המינון למצבה.

6.7. תחלואה כפולה נפשית

6.7.1. בקרב המטופלים במרכזים לטיפול תרופתי ממושך קיים שיעור גבוה של תחלואה כפולה נפשית. השילוב של תחלואה נפשית והתמכרות לסמים גורם לעליה בחומרת ההתמכרות, לפרוגנוזה גרועה יותר בטיפול, לאחוזים גבוהים יותר של חזרה לשימוש בסמי רחוב שונים, לאשפוזים פסיכיאטרים חוזרים ולהעלאת המסוכנות והסיכון לאובדנות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מינהל הרפואה
אגף לבריאות הנפש | המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment Of Substance Abuse

- 6.7.2. מטופלי תחלואה כפולה עושים שימוש מזיק בסמים שונים כניסיון לטיפול עצמי לא מוצלח, על מנת להתמודד עם הסימפטומים הפסיכיאטרים ומצוקותיהם. יש לשים לב, כי ישנה המצאות גבוהה של טראומה נפשית בקרב אוכלוסיית המכורים וכאשר הסימפטומים הנפשיים והשימוש בסמים נמשכים למרות הטיפול ומינון אופטימאלי, יש להתייחס באופן ספציפי לנושא הטראומה באמצעות שיטות ייחודיות או להפנותו למסגרת המתמחה בטיפול מסוג זה.
- 6.7.3. במקרה של תחלואה כפולה, יש לאבחן האם השימוש בסמים הינו משני לתחלואה נפשית ראשונית, או להפך, התסמינים הנפשיים הם תוצאה של שימוש בחומרים. במקרה שהסימפטומים הנפשיים קדמו לשימוש בחומרים, תורשה פסיכיאטרית או המשך תסמינים נפשיים או החמרה בהם אחרי תקופת התייצבות בטיפול תרופתי ממושך, יש סיכויי כי ההפרעה הנפשית הינה הדומיננטית ולכן הטיפול יהיה בהתאם, תוך מעקב פסיכיאטרי צמוד או בתיאום עם מרפאות בריה"נ. במצב זה, ביחוד עם קיימת הפרעה פסיכוטית, ההמלצה היא להתחיל בהקדם טיפול תרופתי ממושך במטרה לייצב את המטופל ולא לבחור באפשרות של גמילה.
- 6.7.4. יש לבחון העדר מחשבות אובדניות אצל המטופל. במידה וכן, יש להיעזר בקרוב משפחה או אדם תומך ולהימנע ממתן תרופות לבית תוך כדי מעקב צמוד. בכל מקרה של ספק, יש להיוועץ בפסיכיאטר מומחה.
- 6.7.5. עם קבלת מטופל למרכז על הרופא לבצע הערכה מקיפה גם לגבי מצבו הנפשי ובמידה ונמצא כי הינו סובל ממחלת נפש עליו להפנות אותו לאבחון ולטיפול במסגרת מרפאה לבריאות הנפש, תוך תאום וקשר רציף עם הגורם המטפל.
- 6.7.6. במידה והמטופל אובחן כסובל ממחלת נפש ובמרכז קיים רופא שהינו פסיכיאטר, קיימת אפשרות שהטיפול והמעקב הנפשי יתבצעו במרכז עפ"י שיקול דעת הרופא.



7. אוכלוסיית מכורים מזדקנים (אוכלוסיות מיוחדות אחרי נשים)

הזדקנות האוכלוסייה בקרב מכורים הנמצאים בטיפול תרופתי ממושך הינה תופעה הולכת וגוברת בשל תוצאות חיוביות של הטיפול המתבטאת באורך חיים.

בשנים האחרונות ממוצע הגילאים באוכלוסייה זו עומד על 50 ומהווה כמחצית מכלל אוכלוסיית המטופלים בטיפול תרופתי ממושך. נתון זה מחייב אותנו להתייחס בצורה רב מערכתית להיבטים פיזיים, רגשיים, נפשיים וקוגניטיביים. ידוע כי אוכלוסייה זו מזדקנת מוקדם יותר מהאוכלוסייה הרגילה בשל השפעת השימוש בחומרים לאורך השנים, טראומות וסגנון חיים סיכוני.

בעיות פיזיות נפרדות הינן: בריחת סידן (אוסטאופורוזיס) מוגברת עם סיכון לשברים וירידה בהורמוני מין בעיקר אנדרוגנים בקרב גברים וירידה קוגניטיבית מוקדמת.

בנוסף, הפטיטיס כרוני, אובזם והשפעות שליליות של נזקי עישון סיגריות.

מאחר ואנשים מזדקנים נוטים לפרק תרופות בקצב איטי יותר, יש להימנע ממתן מינונים גבוהים, כך שמינון מעל 150 מג' ליום לא מומלץ.

קיימת חשיבות לשיתוף פעולה והיוועצות עם רופא משפחה לניהול נכון של מקרים עלו.



7.1 שימוש מרובה בסמי רחוב ותרופות (Polydrug Abuse)

7.1.1 בקרב מטופלי טיפול תרופתי ממושך נפוץ השימוש בסמי רחוב נוספים ובתרופות, בייחוד בתרופות בנזודיאזפיניות, מטיל פנידאט (ריטלין), תרופות כאב אופיואידיות ועוד. ישנה חשיבות רבה בעידוד הפסקת שימוש בסמי רחוב, תוך כדי התערבויות טיפוליות שונות, תרופתיות ופסיכוסוציאליות.

7.1.2 במידה וניסיונות חוזרים להפסקת שימוש בסמי רחוב כשלו:

7.1.2.1 יש לבצע הערכה פסיכיאטרית כדי לשלול הפרעה נפשית מוסווית הדורשת טיפול.

7.1.2.2 יש לבדוק התאמת מינון המטופל בהתאם למצב פיזי ונפשי.

7.2 מחלות זיהומיות (HIV, הפטיטיס B + C ושחפת)

7.2.2 אוכלוסיית המכורים לתרופות אופיאטיות בייחוד המזריקים חשופים להידבקות במחלות

זיהומיות שונות ועל כן יש לבצע בדיקות תקופתיות לגילוי מחלות זיהומיות, לפעול עפ"י חובת הדיווח במידה ומתגלה HIV ולבצע פעילות העלאת מודעות, הסברה ועידוד להפניה לטיפול עבור המטופלים הנשאים ו/או חולים.

7.2.3 מאחר ואחוזים גבוהים של מטופלים במרכזים לטיפול תרופתי ממושך חיובים ל HBV יש לדאוג

שיקבלו את החיסון נגד צהבת B ונגד צהבת נגיפת A.

יש לפעול עפ"י תדריך החיסונים שלהלן:

http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/tadrich_Chisunim.pdf

על הצוות המטפל לנקוט בכל אמצעי הזהירות הנדרשים בטיפול בחולים הלוקים במחלות זיהומיות שונות.

על מנהל המרכז לדאוג שצוות המרכז יחוסן עפ"י תדריך חיסונים לצוות במסגרות רפואיות של משרד

הבריאות. (חוזר מנכ"ל על חיסון עובדי בריאות אשר מחליף את חוזר מס' 28/11 מיום 16.11.11)

http://www.health.gov.il/hozer/mk07_2013.pdf



11. זכויות מטופלים וגבולות טיפוליים

8.1. הקדמה

- 8.1.1. נפגעי סמים מהווים אוכלוסייה מאתגרת המציגה, כקבוצה, דילמות טיפוליות קשות ומתמשכות. מרבית המכורים זקוקים לתקופת הסתגלות בת שישה חודשים או יותר בה השימוש בסמי רחוב עלול להמשך כאשר שימוש זה יורד בהדרגה ע"י סיוע טיפולי של המרכז. מעבר לזה, המסגרת הטיפולית חייבת להיות עקבית, יציבה ולעתים בלתי מתפשרת. יחד עם זאת חלה חובה על המטפלים בכל עת להעניק למטופלים יחס הוגן ולכבד את זכויותיהם כאזרחים וכמטופלים (עפ"י חוק זכויות החולה התשנ"ו, 1996).
- 8.1.2. הניסיון המצטבר בארץ ובחו"ל מעיד שבמסגרות טיפוליות לנפגעי סמים בכלל ובמרכזים לטיפול תרופתי ממושך בפרט, אין מנוס משימוש בסנקציות על מנת להבטיח טיפול הולם ומקצועי.
- 8.1.3. ככלל, יש לעשות את כל המאמצים לפתח מערכת תמריצים טיפוליים וכלכליים (הטבות).

8.2. זכויות המטופל:

- 8.2.1. זכויות המטופלים יפורטו בחוזה הטיפול של המרכז לצד חובתם. בקבלת מטופל/ת למרכז מתחייבת הנהלת המרכז וצוותו להעניק לו/ה טיפול נאות.
- 8.2.2. בכל מקרה חלות זכויות המטופלים כפי שנקבע בחוק זכויות החולה (1996) כולל שמירה על חסיון הפרט בהתאם לחוק, תקנות ונוהלים של המחלקה לטיפול בהתמכרויות.
- 8.2.3. קבלת טיפול תרופתי במתדון/בופרנורפין/סובוקסון, בהתאם לכללים ולנוהלים של המחלקה לטיפול בהתמכרויות.
- 8.2.4. קבלת העתק בכתב של החוזה הטיפולי עם הסברים בע"פ על פי הצורך תוך הקפדה על הנגשה תרבותית.
- 8.2.5. קבלת מידע והסברים הנדרשים ע"י רופא המרכז, בהתאם לחוק זכויות החולה 1996, על מצבו/ה הרפואי/פסיכולוגי, על התרופות הניתנות לו/ה, כולל התרופה התחליפית ומינוניה, על השפעתה הצפויה ותופעות לוואי וסיבוכים ידועים.
- 8.2.6. קבלת מענה בזמן סביר לפניית לצוות. המטופל/ת גם רשאי לפנות למנהל המרכז ע"פ הסדרים סבירים שייקבעו במרכז וזכאי לקבל מענה בזמן סביר ברוח נוהל 40.010 "טיפול בתלונות ופניות הציבור במחלקה לטיפול בהתמכרויות"
- 8.2.7. רשאי המטופל/ת לפנות בכתב ישירות למפקח האזורי או למחלקה לטיפול בהתמכרויות באמצעות מפקחים.



8.3. גבולות טיפוליים (כללי מסגרת)

8.3.1. חובות

- 8.3.1.1. בכל מרכז יחולו כללי "מסגרת" שיפורטו להלן. כללי ה"מסגרת" הם אחידים לכל המרכזים ומהווים חלק מהחוזה הטיפולי עליו יחתום המטופל.
- 8.3.1.2. על המטופל לתת שתן לצורך בדיקות לאיתור סמים כל פעם שנדרש ע"י הצוות הרפואי.
- 8.3.1.3. עמידה בלוי"ז לקבלת התרופה שיקבע לכל מטופל/ת עפ"י מצבו ובהתאם להנחיות ונוהלי המחלקה לטיפול בהתמכרויות.
- 8.3.1.4. ציות להוראות הצוות הנוגעות לתפקוד השוטף במרכז.

8.3.2. איסורים

- 8.3.2.1. אלימות - פיסית, כולל איומים, כלפי מטופלים, צוות או אחרים, גרימת נזק לרכוש או ולציוד של אנשים או של המרכז.
- 8.3.2.2. סנקציות - במקרה של אלימות פיזית, רשאית ההנהלה להרחיק את המטופל מידית לתקופה של עד 3 חודשים תוך כדי הפניית המטופל לגמילה פיזית באשפוזית ודווה למשטרה. בכל מקרה שבו נשקלת הפסקת טיפול, ההחלטה תבוצע אך ורק באישור רופא המרכז.
- 8.3.2.3. במקרים של סיכון מיוחד יש לשקול המשך הטיפול בתנאי שהמטופל יבוא למרכז בליווי של קרוב משפחה או כל דמות אחראית אחרת ואישור של מנהל המרכז.
- 8.3.2.4. הכנסת נשק חס או קר למרכז - אסורה בהחלט ואין להגיע למרכז עם נשק.
- 8.3.2.5. הכנסת סמים או תרופות למרכז אסורות בהחלט.
- 8.3.2.6. שימוש ממושך בסמי רחוב - עדות עקבית ללקיחת אופיאטים וסמי רחוב כולל אלכוהול ותרופות ללא מרשם רופא באופן שמצביע על אי שיתוף פעולה מתמיד או העדר פוטנציאל לגמילה מסמי רחוב ו/או תרופות במשך 3 שנים, תאפשר הפסקת טיפול וזאת לאחר שנקטו הצעדים הבאים: התערבויות טיפוליות, כולל בדיקת רמת מתדון בפלסמה, הגברת אינטנסיביות הטיפול, אזהרות והעברות טיפוליות. אין למנוע מתן מתדון / בופרנורפין / סובוקסון למטופלים משתמשים בסמי רחוב או תרופות אלא במקרים שמתן מתדון / בופרנורפין / סובוקסון עלול לסכן את מצבם.



8.3.2.7. שימוש ממושך בסמי רחוב אופיאטים/ אופיואידים - כאשר אובחן כי למטופל אין פוטנציאל להתייבשות על מתדון/בופרנורפין/ סובוקסון, ואף קיימת סכנה שטיפול זה יזיק לבריאותו, רשאי המרכז לפנות לוועדת חריגים במחלקה לטיפול בהתמכרויות לקבלת אישור להפסקת הטיפול בו ובלבד שעברו 6 חודשים מיום קבלתו למרכז.

8.3.3. הטלת הגבלות (סנקציות) טיפוליות

8.3.3.3. הטלת הגבלות (סנקציות) - תיעשה באופן הדרגתי מהקל לכבד, וזאת תוך שמתקיים במקביל תהליך של מתן חיזוקים טיפוליים.

8.3.3.4. אזהרה - על האזהרה להיות בכתב ולהינתן על ידי איש צוות ותתועד בתיקו האישי.

8.3.3.5. ביטול הטבות- כגון ביטול/צמצום מתן מנות תרופה הביתה;

8.3.3.6. העברה טיפולית – העברה מסודרת של המטופל למרכז אחר לאחר אישורו של רופא המרכז לתקופה מוגדרת מראש תוך תאום עם הנהלת המרכז אליו מועבר המטופל.

8.3.3.7. הרחקה – שלילת כל הטיפולים והשירותים. מצב כזה מחייב למעשה הורדה הדרגתית ומבוקרת של המינון בפיקוח רפואי במהלך תקופה שלא תפחת מ-21 ימים. ההרחקה תתבצע אך ורק באישור רופא המרכז, לחלופין- יש להפנות את המטופל לגמילה במסגרת פנימייתית אשפוזית. ההרחקה הינה צעד קיצוני שיש להפעילו רק במקרי קיצון. תיקבע ע"י הנהלת המרכז ולתקופה שלא תעלה על שלושה חודשים. חזרה לטיפול לאחר הרחקה מחייבת תהליך קבלה (INTAKE) מחודש. חשוב לציין, במקרה אלימות פיזית כלפי מטפלים או מטופלים אחרים, יש אפשרות להפסיק טיפול באופן מיידי.

8.3.4. הטבות (תמריצים)

8.3.4.1. מתן מנות טיפול הביתה וצמצום ימי הגעה למרכז.

8.3.4.2. השתתפות עצמית מופחתת למי שנקי משימוש בסמי רחוב באופן רציף לפחות חצי שנה.



9. מתן טיפול תרופתי לנסיעות לחו"ל

מטופלים יציבים רשאים לקבל תרופות לנסיעות לחו"ל. ככלל ניתן לאשר עד 21 מנות אישיות. לתקופות שהות ארוכות יותר יש להסדיר הפניה למוסד רפואי בארץ הביקור המעניק טיפול במתדון/בופרנורפין/סובוקסון. יש לצייד את המטופל הנושא מנות אישיות של מתדון/בופרנורפין/סובוקסון לחו"ל במכתב באנגלית חתום על-ידי רופא/ה המאשר את דבר היותו מטופל עם ציון המינון היומי. במכתב יפורטו שם התכשיר, צורתו, ריכוזו ותכולת החומר הפעיל. יש להגביל את מספר המנות, מעל 21 יש לפנות לקבלת אישור מהמחלקה לטיפול בהתמכרויות.

10. קבלת מטופלים תיירים לתקופות מוגבלות

- 10.1. האמנה הבינלאומית והחוק בישראל מאפשרים לאדם להביא עמו, בכניסתו לישראל כמות מתדון / בופרנורפין / סובוקסון שאינה עולה על 31 ימי צריכה ובתנאי שניתן אישור לכך על ידי הרוקח המחוזי של משרד הבריאות. על התייר הנכנס לישראל להיות מצויד במכתב מקורי מטעם השלטונות הרשמיים (מוסד רשמי המטפל בו בחו"ל) המתיר לאותו אדם המזוהה בשמו ועל ידי מספר הדרכון שלו, לצאת מארצו עם כמות של מתדון / בופרנורפין / סובוקסון המיועדת לצרכיו האישיים ועל פי הוראות רופא.
- 10.2. ניתן לקבל תושב חוץ לטיפול במרכז לטיפול תרופתי ממושך ובלבד שהוא מצויד במכתב מטעם השלטונות הרשמיים כמפורט לעיל.

11. חובת דיווח

קיימת חובת דיווח של רופאי המרכז על פי פקודת התברואה, 1961, וחוזר מנכ"ל מס' 35/09

- 11.1. למכון לבטיחות בדרכים בנוגע לנהיגה וחובת דיווח על פי חוק כלי יריה, 1949 וחוזר מנכ"ל 35/92 למחלקה למידע והערכה במשרד הבריאות בנוגע למסוכנות עכשווית או פוטנציאלית בהחזקת כלי ירי של המטופל.
- 11.2. קיימת חובת דיווח על אירועים חריגים עפ"י חוזר מנכ"ל מס' 23/98 ועפ"י נוהל של שירותי בריאות הנפש משרד הבריאות בנושא: "תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי".
- 11.3. קיימת חובת דיווח בנוגע למחלות זיהומיות מדבקות כגון: שחפת, H.I.V, והפטטיס B ו-C, עפ"י פקודת בריאות העם, 1940, סעיף 12.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מינהל הרפואה
אגף לבריאות הנפש | המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment Of Substance Abuse

12. פיקוח

- 12.1. כל המרכזים לטיפול תרופתי ממושך יהיו תחת פיקוח מערך המפקחים של המחלקה לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות עפ"י דרישות חוק הפיקוח על מוסדות למשתמשים בסמים, 1993 ותקנותיו 1994.
- 12.2. על כל מרכז, טרם הפעלתו, לקבל רישיון עפ"י חוק הפיקוח על מוסדות למשתמשים בסמים, 1993 ותקנותיו 1994 תוך שהוא מקפיד על עמידה בכל הקריטריונים הנדרשים עפ"י חוק זה ותקנותיו.
- 12.3. המפקחים רשאים עפ"י חוק הפיקוח על מוסדות למשתמשים בסמים, 1993 ותקנותיו 1994 להיכנס לכל מרכז ללא כל התראה מראש ולבדוק את כל המידע הרלוונטי בנוגע למטופלים כולל מידע שמי, תיקיהם וכל מידע רלוונטי אחר בנוגע לטיפול הניתן להם.
- 12.4. המפקחים אחראיים לבירור תלונות מטופלים ועל מנהל המרכז וצוותו לשתף פעולה באופן מלא עם המפקח בכל הנוגע לברור וטיפול בתלונה, כולל מסירת כל מידע נדרש לשם כך.
- 12.5. על המרכז לתלות במקום בולט את הרישיון בר התוקף להפעלת המוסד וכן את שם המפקח האזורי עם טלפונים ומספרי פקס עדכניים להשגתו.
- 12.6. על מנהל המרכז לדווח מיידית למערך הפיקוח על כל מקרה חריג כגון: אלימות פיזית, סיבוכים רפואיים ותרופתיים או פטירה ולהעביר דיווח מלא על האירוע בכתב תוך 24 שעות.



תפקידי הצוות במרכז

1. **המנהל** – אחראי על תפעול שוטף של המרכז, ביצוע מדיניות של משרד הבריאות וכללי המרכז. מנהל את ישיבות הצוות הכלליות, מנחה ומדריך את עובדי המרכז, מפתח פרויקטים חדשים וייחודיים בתחום הטיפול בנפגעי סמים במרכז. המנהל יכול להיות: רופא פסיכיאטרי או רופא בעל הכשרה לטיפול בהתמכרויות או עו"ס או קרמינולוג קליני, פסיכולוג קליני עפ"י דרישות חוק הפיקוח על טיפול במשתמשים בסמים, 1993 ותקנותיו 1994.

תפקיד ותחומי אחריות

- 1.1 כתיבת תוכנית טיפולית של המרכז והפעלתה לאחר אישור המחלקה לטיפול בהתמכרויות ועפ"י דרישות חוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים, 1993 ותקנותיו 1994.
- 1.2 יישום הטמעת חוק הפיקוח, נוהלים והנחיות של המחלקה לטיפול בהתמכרויות בעבודת המרכז.
- 1.3 רישום, תיעוד ודיווח עפ"י חוק, נוהלים, במדיניות ובהנחיות של המחלקה לטיפול בהתמכרויות.
- 1.4 אחראי על יישום חוק זכויות החולה, 1996 וחוקים אחרים הנוגעים לטיפול במכורים.
- 1.5 אחראי לדאוג לאספקת תרופות באמצעות רוקח מורשה.
- 1.6 אחראי לדאוג לקבלת רישיון להפעלת המרכז עפ"י חוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים, 1993 ותקנותיו 1994 טרם הפעלתו, להפעלה תקינה של המרכז, תוך כדי קיום רמת שירותים נאותה.
- 1.7 אחראי לדווח באופן שוטף למחלקה לטיפול בהתמכרויות ולמפקחיה וכן אחראי למסירת כל מידע הנדרש על ידם.
- 1.8 אחראי על איוש תקנים מהמרכז ע"י עובדים מתאימים.
- 1.9 אחראי על קידום מקצועי של העובדים והכשרתם בהתאם להנחיות המחלקה לטיפול בהתמכרויות, תוך כדי כתיבת תוכנית הכשרה שנתית באישור המפקח של המחלקה וכן אחראי לתנאי עבודתם של עובדי המרכז.



- 1.10 אחראי על קביעת תוכנית עבודה של כל עובד במרכז (מקצועי ומנהלי).
- 1.11 אחראי על קיום ישיבות צוות שוטפות.
- 1.12 אחראי על ייצוג המרכז כלפי גופים חיצוניים שונים עפ"י דרישת המחלקה לטיפול בהתמכרויות.

2. עובד פסיכוסוציאלי – עובד סוציאלי, פסיכולוג קליני או קרמינולוג קליני. בכל צוות יהיה עובד עם התמקצעות בתחום השיקום אשר ירכז את הנושא ויתאימו מול הגורמים הרלוונטיים לטובת מטופלי המרכז.

תפקיד ותחומי אחריות

- 2.1 קביעת תוכנית טיפולית וניהולה.
- 2.2 טיפול פסיכותרפויטי פרטני, קבוצתי, משפחתי וכד'.
- 2.3 פתיחה וניהול תיק פסיכוסוציאלי.
- 2.4 קשרים עם גורמי חוץ מקצועיים רלוונטיים: לשכות הרווחה, ביטוח לאומי וכד' בהתאם לצורך.
- 2.5 תכלול הטיפול (*Case Management*) מול ובשיתוף גורמים מקצועיים רלוונטיים.
- 2.6 השתתפות בוועדת הקבלה, בישיבות צוות, הדרכות והכשרות כפי שנקבע במרכז.
- 2.7 ביצוע הערכה תקופתית ועדכון תוכנית הטיפול של המטופלים שבאחריותו.
- 2.8 הפניה לטיפול בקהילה של מטופליו לאחר סיום או הפסקת הטיפול במרכז.

3. אח/חובש – כפוף מקצועית לרופא המרכז ומיידע אותו באופן שוטף.

4. תפקיד ותחומי אחריות

- 4.1 מתן טיפול סיעודי מקצועי עפ"י הצורך.
- 4.2 סבה ניהול שוטף ותקין של חדר החלוקה ומתן הטיפול התרופתי במרכז באופן רצוף ושוטף לפי שעות מתן הטיפול שנקבעו במרכז.
- 4.3 סיוע לרופא, ביצוע הוראותיו עפ"י דרישתו.
- 4.4 קיום קשר עם רוקח המרכז.



4.5 הפעלת תוכניות קידום בריאות במרכז.

4.6 השתתפות בישיבות צוות טיפולי ובוועדות נוספות כגון ועדת קבלה, ועדת
אבחון על פי הצורך.

4.7 לקיחת בדיקות שתן מהמטופלים עפ"י נוהל: "לקיחת דגימות שתן ושליחתם
למעבדה, עבור יחידות לטיפול בנפגעי סמים" (מס' 40.007).

4.8 הדרכת מטופלים ביחס להיגיינה אישית כללית עם דגש על מחלות זיהומיות
ומניעת הפצתם.

5. **רופא** – רופא פסיכיאטר או רופא בעל הכשרה בתחום התמכרויות (אחד הרופאים בכל מרכז יקבע כרופא
אחראי).

תפקיד ותחומי אחריות

5.1 אבחון רפואי בתהליך קבלת מטופל למרכז

5.2 קביעת מינון הטיפול התרופתי עפ"י מצב המטופל ולפי שיקול דעתו המקצועי.

5.3 ייעוץ רפואי לגורמים רפואיים מחוץ למרכז.

5.4 קשר עם מרפאות למחלות זיהומיות, מרפאות לברייה"נ ומרפאות אחרות בנוגע למחלות
שונות של מטופליו.

5.5 קשר עם מחלקות בתי חולים בזמן שהות המטופלים באשפוז.

5.6 דאגה לבריאותם הגופנית והנפשית של המטופלים והפנייתם לבדיקות מעבדה עפ"י הצורך
ולמסגרות הרפואיות עפ"י מצבם.

5.7 פתיחת תיק רפואי לכל מטופל וניהולו השוטף עפ"י חוק זכויות החולה, 1996.

5.8 הדרכת צוות העובדים של המרכז בנושאים רפואיים וסיעודיים.

5.9 ליווי ומעקב רפואי של המטופלים במהלך תקופת הטיפול במרכז.

5.10 בדיקת כל מטופל במרכז לפחות פעם בחודש.

5.11 לכל רופא העובד במרכז יוסדר אישור ניפוק תרופת סובוקסון ע"י אגף הרוקחות לתקופה העולה
על שבוע ועד 28 יום.



6. תפקיד הרוקח

- 6.1 הרוקח יהיה אחראי על כל הלוגיסטיקה בנוגע להזמנה, אחסון ושחרור של תרופות נרקוטיות (מתדון/בופרנורפין).
- 6.2 רוקח המרכז אחראי על הזמנה, אחסון, שחרור והנפקה של תרופת סובוקסון (בופרנורפין / נלוקסון) עבור המטופלים לתקופה של עד 28 יום וזאת עפ"י סעיף 15 לפקודת רוקחות ובהתאם להנחיות הרופא המטפל במרכז.
- 6.3 הרוקח אחראי על השגחה ופיקוח על עבודת החובשים / אחים בניפוק תרופות מתדון / בופרנורפין.
- 6.4 הרוקח אחראי על ספירת מלאי של התרופות הנרקוטיות (מתדון/בופרנורפין/סובוקסון) ודיווח למחלקת הרוקחות בכל רבעון ועל ניפוק דו"ח הזמנה.
- 6.5 הרוקח במרכז פועל עפ"י הנחיות ונוהלי עבודה של אגף הרוקחות במשרד הבריאות.

7. תפקיד המרפא בעיסוק:

- 7.1 אחראי לבניית ויישום התערבות טיפולית של ריפוי בעיסוק, כחלק מהצוות המקצועי במרכז, לרבות: הערכה ואיתור פוטנציאל שיקומי - באמצעות כלי הערכה מקצועיים, לרבות בניית פרופיל עיסוקי, ראיונות, תצפיות ועוד (בשיתוף עו"ס שיקומי, או איש צוות מקצועי אחר)
- 7.2 העברת אבחונים תפקודיים-עיסוקיים-קוגניטיביים, על פי הצורך, לשם בניית תוכנית טיפולית-שיקומית
- 7.3 בניית תוכנית שיקומית
- 7.4 קביעת תוכנית טיפול פרטני ממוקד עיסוק וביצועה
- 7.5 הנחיית קבוצות (אפשרי בשיתוף עו"ס שיקומי, או איש צוות מקצועי אחר).
2. יועץ, מרכז ומייצג התחום ע"פ הנחיות הממונה, או מי שהוסמך על ידו, במסגרת הטיפולית.
3. יוזם, מתכנן ומנהיג דרכי פעולה ושיטות עבודה חדשות.
4. משתתף בפגישות של צוותים בין-מקצועיים במסגרות הטיפוליות והשיקומיות, לתיאום ושילוב הנושאים שברכזו, בתיאום עם הממונה.
5. משתתף בדיונים מקצועיים, ימי עיון וסמינרים לשם עדכון והעשרה מקצועית.
6. משתתף בוועדות מקצועיות ובין-מקצועיות במוסד ומחוצה לו ע"פ מינוי מהגורם המוסמך ובתיאום עם הממונה.
7. משתתף בעריכת סקרים מקצועיים, הסקת מסקנות ויישומן בעבודה בתיאום עם הממונה.
8. מדווח לממונה, בכתב ובע"פ ומתאם עמו הפעילות בתחום שברכזו, ע"פ נהלי העבודה והדיווח ביחידה.



נספח מס' 1

1. אומדן Short Opiate Withdrawal Scale—SOWS

הנחיות- אנא סמן ב x במשבצת המתאימה אם סבלת מאחד או יותר מהסימפטומים הבאים במהלך 24 שעות האחרונות:

סימפטומים	0	1	2	3
תחושה שאני חולה				
כאבי בטן				
התכווצות שרירים				
תחושת קור/צמרמורת				
דפיקות לב מואצות				
מתח בשרירים				
כאבים מופשטים				
פיהוקים				
עניים דומעות				
נדודי שינה/ קשיי הירדמות				

קידוד:

0 – לא קיים; 1- קיים ברמה נמוכה; 2- קיים ברמה בינונית; 3- קיים ברמה גבוהה

Ref: M. Gossop: "The development of a short Opiate Withdrawal Scale SOWS"

Addictive Behaviors, 15:487-490, 1990.



נספח מס' 2

2. אומדן קליני לגמילה מאופיאטים COWS

שם/שם המרפאה

רישום גמילה מאופיאיד (טופס אינדוקציה)

שם המטופל _____ תאריך התחלת הטיפול _____

הקף את המספר/ התיאור המתאים ביותר לתסמינים הנוכחיים שמראה המטופל

ציין רק את הסימפטומים המתקשרים לגמילה

פרמטר	תצפית בסיסית מתמנה ראשונה ____ מ"ג בשעה ____ לפנה"צ/אחה"צ	מנה ראשונה, תצפית ראשונה ____ דקות לאחר המנה הראשונה	מנה ראשונה, תצפית שנייה (לפי הצורך) דקות לאחר המנה הראשונה
דופק במנוחה ____ פעימות בדקה נמדד לאחר שהמטופל ישב או שכב במשך 1 דקה 0 דופק 80 או פחות 1 דופק 81 - 100 2 דופק 101 - 120 4 דופק מעל 120	0 1 2 4	0 1 2 4	0 1 2 4
הזעה במשך 30 דקות; שלא כתוצאה מהטמפרטורה בחדר או מפעילות גופנית של המטופל 0 אין דיווח על צמרמורת או הסמקה 1 דיווח אישי על צמרמורת או הסמקה 2 הסמקה או לחות שנראות על פנים 3 טיפות זיעה על המצח או הפנים 4 זיעה נוטפת מהפנים	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
חוסר מנוחה נצפית במהלך הבדיקה 0 יכול לשבת במנוחה 1 מדווח על קושי בישיבה רגועה אךי כולל שבתכך 3 תזוזות או תנועות תכופות של הידיים/רגליים 5 חוסר יכולת לשבת במנוחה יותר ממספר שניות	0 1 3 5	0 1 3 5	0 1 3 5



מינהל הרפואה
אנף לבריאות הנפש | המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment Of Substance Abuse

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>רעידות נצפות בידיים מושטות 0 אין רעידות 1 הרעד מורגש למטופל אך לא גלוי לעין 2 ניתן לראות רעד קל 4 רעידות חזקות או עיוות שרירים</p>
<p>0 1 2 5</p>	<p>0 1 2 5</p>	<p>0 1 2 5</p>	<p>גודל אישונים 0 אישונים קטנים אורגילים יחסית לתאורת החדר 1 אישונים גדולים מהרגיל יחסית לתאורת החדר 2 אישונים מוגדלים מעט 5 אישונים מוגדלים עד שרק שולי הקשתית נראים</p>
<p>0 1 2 3 5</p>	<p>0 1 2 3 5</p>	<p>0 1 2 3 5</p>	<p>אינדקס גליקמי (GI) לקוי במהלך 30 הדקות האחרונות 0 אין תסמיני GI 1 התכווצויות בבטן 2 בחילות או צואה רכה 3 הקאות או שלשולים 5 התקפים מרובים שלשלשול או הקאות</p>
<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>חרדה או עצבנות 0 אין סימנים 1 המטופל מדווח על עלייה בעצבנות או בחרדה 2 ניכר שהמטופל עצבני/חרד 4 המטופל עצבני/חרד עד כדי קושי לשתף פעולה בהערכה</p>
<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>כאבים בעצמות או במפרקים אם למטופל היו כאבים בעבר, מדוד את הרכיב הנוסף, המיוחד לגמילה מאופיואיד בלבד 0 אין סימנים 1 חוסר נוחות מפושט ומתון 2 החולה מדווח על כאבים ממושטים חריפים במפרקים/שרירים 4 החולה מעסה את המפרקים והשרירים ואינו מסוגל לשבת במנוחה עקב חוסר נוחות</p>



<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>פיהוקים נצפים במהלך ההערכה 0 אין פיהוקים 1 פיהוק פעם או פעמיים במהלך ההערכה 2 פיהוק שלו שפעמים או יותר במהלך ההערכה 4 פיהוק מספר פעמים בדקה</p>
<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>0 1 2 4</p>	<p>נזלת או דמעות שלא כתוצאה מתסמיני התקררות או אלרגיה 0 אין סימנים 1 גודש באף או עיניים לחות מדי 2 נזלת או דמעות 4 נזלת ללא הפסק או דמעות זולגות</p>
<p>0 3 5</p>	<p>0 3 5</p>	<p>0 3 5</p>	<p>"עור ברוז" 0 עור חלק 3 הזדקרות העור או סימור שיער בזרועות 5 הזדקרות עור בולטת</p>
<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>ניקוד כולל _____ הניקוד הכולל הוא סכום של 11 הפריטים • 5 - 12 = קל • 13 - 24 = מתון • 25 - 36 = חמור במידה מתונה • מעל 36 = גמילה חמורה</p>

ווסון דר', לינגו'. סקלת גמילה מחומרים נרקוטיים קליניים (COWS). Journal of Psychoactive Drugs. 2003 ;
(2)35 : 259-253.



3. שאלון HCR-20

שם: _____ תאריך: _____ קוד מטופל: _____

קודים (0, 1, 2)	משתנים היסטוריים	
	אלימות קודמת	H1
	גיל צעיר באירוע אליס ראשון	H2
	חוסר יציבות ביחסים בינאישיים	H3
	בעיות תעסוקה	H4
	הפרעות שימוש בחומרים	H5
	הפרעה נפשית מובהקת	H6
	פסיכופתיה	H7
	בעיות הסתגלות מוקדמות	H8
	הפרעת אישיות	H9
	כישלון במעקב / השגחה קודמת	H10
<u>20</u>	סה"כ ציון של משתנים היסטוריים	



מינהל הרפואה
אנף לבריאות הנפש | המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment Of Substance Abuse

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

קודים (0, 1, 2)	משתנים קליניים	
	היעדר תובנה	<i>C1</i>
	גישות שליליות	<i>2C</i>
	תסמינים פעילים של הפרעה נפשית מובהקת	<i>3C</i>
	אימפולסיביות	<i>4C</i>
	היעדר תגובה לטיפול	<i>C5</i>
/10	סה"כ ציון של משתנים קליניים	



קודים (0, 1, 2)	משתני ניהול סיכון <input type="checkbox"/> פנימי <input type="checkbox"/> חיצוני	
	תוכניות בלתי ניתנות ליישום	R1
	חשיפה לגורמי דחק	R2
	היעדר תמיכה אישית	R3
	היעדר היענות לניסיונות שיקום	R4
	לחץ	R5
/10	סה"כ ציון של ניהול סיכון	

/40	HCR-20 ציון מסכם
<input type="checkbox"/> סיכון נמוך <input type="checkbox"/> סיכון בינוני <input type="checkbox"/> סיכון גבוה	הערכת סיכון מסכמת

חתימה: _____	שם המעריך: _____
תאריך: _____	תפקידו: _____



מינהל הרפואה
אגף לבריאות הנפש | המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment Of Substance Abuse

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

נספח מס' 4

4. שאלון להערכת פסיכופתיה SV - PCLR

תכונה	ציון
שטחי	X 2 1 0
גרנדיוזי	X 2 1 0
מבצע הונאה	X 2 1 0
חסר חרטה	X 2 1 0
חסר אמפטיה	X 2 1 0
לא מקבל אחריות	X 2 1 0
אימפולסיבי	X 2 1 0
שליטה התנהגותית לקויה	X 2 1 0
חוסר מטרות	X 2 1 0
חוסר אחריות	X 2 1 0
התנהגות אנטי-סוציאלית בהתבגרות	X 2 1 0
התנהגות אנטי סוציאלית בבגרות	X 2 1 0



5. סקלת FINNEGAN להערכת תסמונת גמילה בילודים:

סקלה זו, נמצאת בשימוש לצורך מדידת תסמינים ומעקב אחר תסמיני גמילה בקרב ילודים לאימהות מכורים לאופיאטים.

מערכת הגוף	סימנים וסימפטומים	ניקוד
הפרעות במערכת העצבים המרכזית	בכי צווחני חזק	2
	בכי צווחני מתמשך	3
	יישן פחות משעה לאחר	3
	האכלה	2
	יישן פחות משעתיים לאחר	1
	האכלה	1
	יישן פחות משלוש שעות לאחר	2
	האכלה	3
	רעד עדין	4
	רעד בדרגה בינונית	2
	רעד עדין ללא הפרעה	1
	רעד בדרגה בינונית ללא הפרעה	3
	טונוס שרירים מוגבר	5
	פצע שטחי (לחדד את האזור בגוף)	5
	התכווצויות מיוקלוניות פרכוסים כללים	5
הפרעות מטבוליות, נשימתיות וואזמוטריות	חום (37.3 – 38.3 מעלות)	1
	חום (> 38.3 מעלות)	2
	פיהוק תכוף > שלוש – ארבע פעמים	1
	עקצוץ באף	1



1	התעטשות > שלוש – ארבע	
2	נזלת	
1	קצב נשימה מעל 60 לדקה	
2	קצב נשימה מעל 60 לדקה	
	בלתי סדיר	
1	יניקה מוגזמת	הפרעות גסטרו במערכת העיכול
2	האכלה לא תקינה	
2	פליטה	
3	הקאה בזרנוק	
2	צואה רכה	
3	צואה מימית	

הנחיות לניקוד:

ילודים אשר הניקוד הממוצע שלהם בשלושת מדידות חוזרות עולה על 8 (למשל: 9-7-9) או גדול או שווה ל 12 בשתי מדידות חוזרות, דורשים טיפול.
זמן ההפסקה בין מדידה למדידה לא יעלה על ארבע שעות.

(ref: Finnegan L (1980). Drug Dependence in pregnancy .London, Castel House Publications)