



זכאות לגמלת הבטחת הכנסה בקרב המתמכרים והמלצות לשיקומם

מאת:
תמר הרון

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15						21
22						28
29	30					
31						

מס' 155



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

זכאות לגמלת הבטחת הכנסה בקרב המתמכרים
והמלצות לשיקומם

מאת

תמר הרון

ירושלים, תמוז תשנ"ח, יולי 1998

הקדמה

מזה עשר שנים פועל מרכז האבחון וההכוון ביפו כגוף עזר לבדיקת זכאותם של מתמכרים לסמים לקבלת גמלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי. בתקופה זו נוצר מאגר נתונים גדול המכיל מאות אלפי פריטי מידע על אלפי אנשים שהשתמשו בסמים ולא היו מסוגלים להתפרנס מיגיע כפיהם. אנשים אלה זקוקים לתמיכה כספית שוטפת ממערכות התמיכה הציבוריות לצורך המחיה המינימלית שלהם ושל בני משפחתם. המוסד לביטוח לאומי תמך בהתפתחותו של מרכז זה, כן גם במרכז בבאר שבע, לא רק לשם איתור ואבחון האוכלוסייה הזכאית לגמלה להבטחת הכנסה, אלא גם מתוך הכרה, כי מרכזים אלה יסייעו לפיתוח מערכות הטיפול במתמכרים לסמים.

במשך תקופה זו אכן קמו בארץ יחידות רבות של טיפול במתמכרים, שחסרון חורגש ובוטא גם בפרסומים על המתמכרים שעברו אבחון במרכז. בעקבות זאת החלו מרכזי האבחון לתת גם המלצות לטיפול במתמכרים ולהפנותם אל יחידות הטיפול. ההמלצות לא תמיד מיושמות, ומסיבות היסטוריות גם אין חובה ליישמן. בנוסף, המידע הרב שנאגר אינו מנוצל דיו. נראה שיש צורך לשים דגש רב יותר על קיומו של מרכז האבחון ועל ניצולו. אין ספק, כי ניצול המידע העשיר שהצטבר על המתמכרים יכול לסייע לפיתוח מחקר שימושי לתחום זה ולשיפור מערכות האבחון, הניהול ומדיניות הטיפול במתמכרים.

פרסום זה, השלישי במספר על מרכז האבחון עומד להיות גם האחרון לפי שעה. הוא נכתב על ידי תמר הרון, חוקרת מומחית באגף לגמלאות ארוכות מועד של המוסד לביטוח לאומי, בראשותה של גבי ברנדה מורגנשטיין ואני מודה לה מאוד על המאמץ הרב שהשקיעה במשך תקופה כה ארוכה בלימוד הנושא, הקמת מאגר המידע, ניתוח הממצאים והצגתם.

תודתנו נתונה, כמובן, גם לצוות המרכז ביפו על שיתוף הפעולה, ובמיוחד לד"ר אלי אלבז, מנהל המרכז, על הסיוע וההכוונה המקצועית באיסוף החומר ובמיונו; לאנשי הרשות למלחמה בסמים – המדענית הראשית ד"ר רחל בר-המבורגר ולספרנית יפה צוברי על עזרתן המקצועית, לאלכסנדר גאליה ממינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי, שהנחה את עיבוד הנתונים וייעץ בעניינם, לגילה מוגרבי ולדנה רחמים – צוות המקדדות בהנחיית רבקה ורטמן, שעשה עבודה מסורה ומדויקת באיסוף החומר ובריכוזו; לעירא כהנמן ושרה גרגיי שערכו וסגנונו, וכמובן לאורלי אבוטבול ונירה עמיר על ההדפסה הנאה.

שלמה כהן
סמנכ"ל מחקר ותכנון

תוכן העניינים

1	מבוא
2	הערכה והכוונה של המתמכרים לקראת גמילה ושיקום
2	רקע כללי
2	תהליך קביעת הזכאות במוסד לביטוח לאומי
5	ההערכה וההכוונה כיום במערכת המוסד לביטוח לאומי
7	מסגרת הסקר
7	מטרה
7	אוכלוסייה
7	מדדים
9	הממצאים
9	אפיוני המערכת
13	האפיונים האישיים והסוציאליים
16	גיל ההתחלה ודפוסי השימוש בסמים
17	טיפולים
19	הערכת המתמכרים
19	הערכת המאבחן את עצמו
21	הקשר בין הערכות המאבחן והערכות המתמכר
21	המלצות והפניות למתמכר
23	קשר בין המשתנים
26	הערכת אישיות
28	המשך הטיפול
31	סיכום
34	ביבליוגרפיה

תקציר

קבוצת המקבלים גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות לסמים מונה בסך הכל 5% מכלל מקבלי הגמלה. קבוצה זו מהווה חלק מ"הגרעין הקשה" של מקבלים הנשארים במערכת תקופה ארוכה.

שיעור גבוה של המתמכרים אינו מצליח – וברובו הגדול אף אינו מנסה – להיגמל. ואמנם, מדובר באוכלוסייה במצב קשה ובעלת פוטנציאל שיקומי נמוך: על פי הערכת אנשי המקצוע ל-11% בלבד יש פוטנציאל גבוה לגמילה; ל-33% יש כוחות מסוימים לגמילה ושיקום ורק ל-6% יש ממש כוחות הדרושים לכך.

מרכז האבחון וההכוון ביפו, האחראי לאבחון תובעי הגמלה כמתמכרים, מרכז מזה יותר משמונה שנים מידע רב על התובעים: מאפיינים פסיכו-סוציאליים, רפואיים, היסטוריה אישית, הערכה והמלצות לטיפולים. חומר זה, ברובו הגדול, אינו מנוצל דיו לא לטובת המאובחנים – גמילתם, שיקומם והוצאתם מן המערכת – ולא לעזרת המערכת בקביעת מדיניות ובתכנון יחידות טיפול והזרמה נכונה של האנשים בזרועות המערכת.

פרסום זה, המציג נתונים מעובדים מתוך שלל הנתונים הנאספים במרכז האבחון, מציע לנצל את המידע על ידי יצירת שיתוף פעולה בין הגופים המטפלים במתמכרים כחלק מן המלחמה המתמשכת בסמים ולשם עזרה למשתמשים בהם להיחלץ מכך.

מבוא

בימים אלה תמלאנה שמונה שנים לתקנות הבטחת הכנסה, המזכות את מי שאינו ניתן להשמה בעבודה בגלל התמכרותו לסמים בקבלת גמלת קיום מהמוסד לביטוח לאומי (תקנות הבטחת הכנסה עדכון מס' 1.2.90). קבוצה זו מונה, למעשה, רק כ- 5% מכלל המקבלים גמלת הבטחת הכנסה, אך היא אחוז ניכר מהגרעין הקשה הנשאר במערכת יותר משלוש שנים, כשהמוצע הוא שנתיים וחצי (מורגנשטיין ב., הרון, ת., זיפקין, א., 1997).

מאז יוני 1988, כאשר המרכז לאבחון והכוון ביפו החל לאבחן את התובעים גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות (הרון, 1990; הרון, 1994) ועד היום, הופנו למעלה מ-8,000 איש ואישה לתהליך של אבחון והערכה.

השינויים שהתרחשו ואשר ממשיכים להתחולל בתחומי האבחון, המיון, ההכוונה, הטיפול והשיקום של המתמכרים מחייבים לבחון את תהליך ההערכה וההכוונה המיועד לתובעי גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות, וכן לבדוק את שהותם במערכת, מתוך בחינה מחודשת של המדיניות ושל התקנות שלפיהן פועלת המערכת.

קביעת מדיניות ובנייה של מערכות מחייבות "צבירת ידע ומידע על הקורה בפועל בתחום השימוש בסמים, מה הם הצרכים וכיוצא בזה", כדברי הוועדה הבינמשרדית לטיפול מקיף בנושא הסמים בראשותו של פרופסור מן – 1983 (עמרם 1997). מסיבות היסטוריות ומערכתיות לא הוקמה מערכת התייחסות למתמכר המקיפה את כל שלבי האבחון, הטיפול והשיקום. המערכת של המוסד לביטוח לאומי עוסקת באבחון ובהכוונה בלבד, ואילו הטיפול נתון בידי מערכות הבריאות והרווחה. עד כה נערכו במוסד שני סקרים על המאובחנים במרכזי האבחון. פרסום זה משווה את הממצאים הנוכחיים עם ממצאי הסקרים הקודמים. כמו כן מתייחס הדו"ח לאפשרויות שינוי מתכונת העבודה הקיימת כיום ובוחן באיזו מידה יש סיכוי לשיקום המתמכרים על פי חוות הדעת של אנשי המקצוע ושל המתמכרים עצמם.

ההערכה וההכוונה לקראת גמילה ושיקום

רקע כללי

הגישה הרווחת בקרב אנשי מקצוע היא, שגמילה כשלעצמה אשר אינה מלווה בשיקום נפשי, חברתי ובעיקר תעסוקתי, מועדת לכישלון ולחזרתו של המתמכר אל הסם. גם כאשר המתמכר מתחיל להתפרנס למחייתו, על פי רוב הוא כבר שקוע בחובות, משפחתו הרוסה, הדימוי העצמי שלו נמוך, וכל משבר גדול כקטן, עלול להחזירו אל הסם.

המוסד לביטוח לאומי פנה לפני מספר שנים למוסדות לביטחון סוציאלי בעולם לקבלת מידע על זכאותם של מתמכרים לגמלאות קבועות למחייתם. לאור תשובות המוסדות שענו (בקנדה, פינלנד, בריטניה, ארה"ב, גרמניה, אוסטריה ועוד) נמצא, כי בדרך כלל אין בארצות השונות מוסד מרכזי ארצי הדואג למחייתם של המתמכרים שאינם יכולים לדאוג לפרנסתם והפועל להפנייתם לטיפול החולם את מצבם. בדרך כלל ישנן יחידות טיפול שונות, מפוזרות, שאליהן מגיע המתמכר במקרה, או לפי מידע שקיבל ממטפלים שונים, מחברים, ממשפחה או ממקורות אחרים. מן הראוי להזכיר כאן את המרכז האירופי לסמים ולהתמכרויות European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, שהוקם בליסבון שבפורטוגל ב-1994 על ידי הקהילה האירופית. מטרתו של מרכז זה היא איסוף והפצת מידע הקשור לסמים לצורכי ייעול וטיפול מערכות המניעה והטיפול בקרב חברות הקהילה האירופית (EMCDDA, 1995).

לא תמיד יש התאמה בין המתמכר לסוג הטיפול. הספרות המקצועית בנושא התאמת הטיפול מתמקדת בגורמים כמו סוג הסם בשימוש, או קירבה גיאוגרפית ואמצעים כלכליים, ועוסקת פחות בהתאמת הטיפול למאפייני המתמכר ולרקע החברתי-תרבותי שלו (לוונטל, א., מיכאל, א. חאזם, ח., 1993; בר-המבורגר, ר., לויט, ש., בן-לוי, א., 1997; Lexenberg, M., G., 1996; Christensen M., Betzner A.E., Reiney J., 1996). בישראל סוג הסם בשימוש נקבע יותר לפי מצב השוק ולפי העדפות אישיות. הגורמים הגיאוגרפיים אינם בעלי משקל רב, ולא פעם דווקא עדיף להרחיק את המתמכר מסביבתו. הצלחת טיפול הגמילה ושיקום המתמכר תלויים בעיקר במוטיבציה ובכוחות שיש לו להיגמל וכן גם בהתמדתו בטיפול. אלה קשורים בגורמים סוציו פסיכולוגיים, בהיסטוריה אישית ובחינוך, שמביא עמו המתמכר הבא לאבחון.

תהליך קביעת הזכאות במוסד לביטוח לאומי

גמלת הבטחת הכנסה משולמת לתובעים שאינם ניתנים להשמה בעבודה בגלל היותם מתמכרים לסמים או לאלכוהול. הגמלה ניתנת בארבעה מצבים:

1. מתמכרים לסמים קשים – עילה מס' 17.

2. מתמכרים לסמים קשים הנמצאים במסגרת גמילה ושיקום – עילה מס' 27.

3. מתמכרים לאלכוהול – עילה מס' 18.

4. מתמכרים לאלכוהול הנמצאים במסגרת גמילה ושיקום – עילה מס' 28.

תובעי גמלת הבטחת הכנסה בגין התמכרות לסמים קשים (להלן התובעים), שעמדו בכללי הזכאות לקצבה, לרבות מבחן הכנסות, ושאינם נמצאים במסגרת טיפולית מוכרת של גמילה ושיקום, מופנים למרכזי אבחון לאימות מצבם, בהתאם להוראות השירות להבטחת הכנסה (תדריך, הוראות ונוהלים של השירות להבטחת הכנסה, מעודכן למרץ 1995, סעיף 4.6.1). הסניפים שולחים כיום את התובעים למרכז האבחון ביפו, מלבד סניפי חיפה והקריות השולחים למרכז השיקום לנפגעי סמים בבית הגפן בחיפה. סניף באר שבע היה מפנה את התובעים לאבחון במרכז ס.ל.ע. בעיר, שהוא גם מרכז טיפול ושיקום. לאחרונה בוטל מרכז האבחון בבאר שבע, והתובעים שאינם מוכנים להיכנס לאחת ממסגרות הטיפול המופעלות בבאר שבע מופנים אל מרכז האבחון ביפו.

תהליך האבחון במרכז ביפו כולל שלוש בדיקות שתן, בדיקת רופא, בדיקת פסיכיאטר וראיון אצל פסיכולוג או עובד סוציאלי. אם במרוצת תהליך האבחון, התובע מסרב לפנות לאבחון או נושר מתהליך האבחון לפני סיומו – הוא נחשב כ"לא משתף פעולה" ותביעתו נידחת. אם הוא מתמיד בכל תהליכי האבחון ונמצא מתמכר, נעשית בעת האבחון הערכה באיזו מידה הוא מסוגל להיכנס למסגרות של גמילה ושיקום, ומהם סיכוייו להצליח. במידה והוא מוערך כבעל פוטנציאל לגמילה ושיקום – הוא מקבל המלצה לפנות אל יחידת טיפול המתאימה ליכולתו ולצרכיו. עם המלצה זו הוא מופנה בחזרה לסניף שבו הגיש את תביעתו, ושם נקבעת זכאותו בעילת נרקומן (עילה מס' 17). יישום ההמלצה תלוי ברצונו הטוב ובמידת הלחץ שמפעיל עליו פקיד התביעות.

מרכזי האבחון והשיקום בחיפה ובבאר שבע (כפי שהיה נהוג עד כה) על פי רוב מפנים את בעלי הפוטנציאל לגמילה אל יחידות שיקום במערך הפנימי שלהם. זכאים אלה, כמו מתמכרים הנמצאים ביחידות טיפול של משרד העבודה והרווחה או במשרד הבריאות, מקבלים את הגמלה להבטחת הכנסה בעילת שיקום נרקומנים (עילה מס' 27), כשיחידת הטיפול מדווחת מדי חודש לסניף המוסד על המשך הטיפול. גמלה זו, בעילה של שיקום, מוגבלת לשנה, ותיתכן הארכת הזכאות לשנה או לשנתיים נוספות באישורם של מפקחים מתאימים. אם המבוטח מפסיק לשתף פעולה עם היחידה, נשללת זכאותו והגמלה מופסקת. רק אם התובע נמצא במצב קשה ביותר שאינו מאפשר כל כניסה למערכת טיפול, הוא מקבל גמלת הבטחת הכנסה בעילת נרקומן בלתי ניתן להשמה (עילה מס' 17), והזכאות מאושרת לשנה שלמה.

המרכז ביפו, שהוא צעיר יחסית למרכזים בחיפה ובבאר שבע (אלה נוסדו על ידי משרד הבריאות, קופת חולים והעיריות לפני שהמוסד לביטוח לאומי נקשר לנושא הסמים) הוא מרכז אבחון בלבד. בשנותיו הראשונות נמנע המרכז מביצוע הערכה של פוטנציאל המתמכר לגמילה וממתן

המלצות והפניות בטוענו כי אין באפשרותו לבצע אבחון מעמיק על בסיס הכלים, המבחנים והזמן העומדים לרשותו. בנוסף, האוכלוסייה המופנית לאבחון במרכזים נמצאה ברובה במצב ירוד מאוד וחסרת משאבים וכוחות ליציאה ממצבה לקראת גמלה ושיקום, מה עוד שהיה מחסור ביחידות גמילה ושיקום, שאפשר היה להפנות אליהן את המתמכרים. הזכאות למופנים למרכז שעברו אבחון בוססה, ברובה הגדול, על עילה מס' 17 שהיא "נרקומן בלתי ניתן להשמה". במידה שהמתמכר אינו מופיע, או אינו מסיים את האבחון, או נמצא שאינו מתמכר לסמים קשים – זכאותו נשללת ממנו.

בניגוד לזכאות בעילת שיקום, הזכאות בעילת נרקומן אינה מוגבלת בזמן, ונהוג לשלוח את המתמכר הזכאי, מדי שנה עד שנתיים, לאבחון חוזר במרכזי האבחון לאימות מחודש של התמכרותו לסמים ולאיסוף נתוני מעקב, כמו שינויים בנתונים הסוציו-פסיכולוגיים שלו, שינויים בסוגי הסמים שהוא צורך, ניסיונות לגמילה ושיקום וכן הלאה. גם במעקב כמו באבחון הראשוני, במידה והמתמכר אינו מופיע, או, באם אינו מסיים את האבחון, או נמצא שאינו מתמכר לסמים קשים – זכאותו נשללת ממנו. בעוד שעל התובעים המופנים למרכז האבחון נאסף ידע רב המאפשר גם מעקב לאורך שנים, התובעים הנכנסים למערכת דרך יחידת גמילה ושיקום אינם מוכרים דיים, ולא נעשה אחריהם מעקב מספיק.

ההערכה וההכוונה הנעשים כיום במערכת המוסד לביטוח לאומי

תובעי הבטחת הכנסה בעילת התמכרות עוברים ראיון מקיף במרכזי האבחון. מטרת אבחון זה היא אישור ההתמכרות על ידי בדיקות השתן, שתן למעשה הקריטריון הקובע התמכרות. אך מכיוון שקל למדי להביא למציאת סמים בשתן גם אצל לא מכורים, יש צורך בבחינת ההיסטוריה והפרטים הסוציו-פסיכולוגיים של התובע, כדי לוודא האם הם מצטרפים לפרופיל אופייני לנרקומן. אם מתעורר חשד של התחזות התובע לנרקומן על ידי הכנסת כמות מסוימת של סמים לשתן (ונראה כי התופעה נמצאת בתאוצה), התובע מוזמן למרכז האבחון נוסף על שלושת בדיקות השתן ההכרחיות. תובע שהסמים שנמצאו אצלו בשתן מעטים או נראים כמלאכותיים, ומתוך "סיפור חייו" נראה בעליל שאינו מתמכר, מקבל אבחון של "לא מתמכר" ותביעתו נדחית. לעומת זאת, למאובחנים שהתגלתה אצלם מוטיבציה חזקה וכבר החלו להיות נקיים אך עדיין זקוקים לגמלה להבטחת קיומם, ניתן אמנם אבחון של "לא מכורים" אך עם המלצה להמשך מתן הגמלה בתנאי שהתובע ייכנס למסגרת שיקומית.

בראיון האבחון מתבצעת גם הערכת המתמכר, על חומרת בעיותיו ומידת המשאבים העומדים לרשותו על מנת להיגמל, וכן מתן המלצה למסגרת טיפול מתאים. מכיוון שראיון זה אינו מנוצל דיו לטיפול ושיקום, הדבר גורם לאכזבה למאובחנים ולמראיינים גם יחד.

בציבור המטפלים רווחות שתי גישות שונות לגבי הכנסת המתמכרים בעל כורחם למסגרת טיפולית: ישנם המחייבים זאת, בעיקר כאשר המתמכר מקבל גמלה או תגמול אחר התלוי בשיתוף פעולה מצדו, והמאפשר לאכוף את הטיפול על ידי שלילת זכאותו במידה ואינו נכנס למסגרת השיקום. אחרים רואים בשיקום בכפייה פגיעה בזכויות הפרט נוסף על חוסר היעילות שבפעולה זו, כלומר של מתן טיפול למתמכר בניגוד לרצונו, או ללא מוטיבציה חזקה. עם זאת, הפניות לטיפולים נעשות לרוב כאשר אוזלים למתמכר המשאבים החמריים והנפשיים (שופמן ושות', 1991), מצב בו שרוי גם המתמכר שהגיש תביעה לגמלת הבטחת הכנסה. לכן זוהי הזדמנות שכדאי לנצל להפנייתו לטיפול. במוסד לביטוח לאומי מצויים הן המצדדים בגישה האחת והן בשנייה, ומשתמע מכך שאין אחידות בהתייחסות למגישי תביעות לגמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות.

מזה כשלוש שנים, עם התווספות יחידות טיפול ובעיקר עם הפעלת תוכנית הטיפול בנפגעי סמים של משרד העבודה והרווחה, ישנן מספיק כתובות גם באיזור המרכז, שאליהן אפשר להפנות את המתמכרים. עובדה זו והימצאות מתמכרים שיש להם פוטנציאל לגמילה ושיקום המריצו את המאובחנים ביפו לפרט, ביחד עם האבחון, גם הערכה והמלצה להמשך הטיפול. ברוב המקרים, מימוש ההמלצה עדיין תלוי ביוזמת פקיד התביעות, או במדיניות הסניף: אין חובה ליישם את ההמלצה, ואין מעקב אחרי ביצוע ההפניה אל יחידת הטיפול. הכניסה למסגרת טיפולית תלויה

ברצונו של המתמכר, אשר ממשיך לקבל את הגמלה במשך שנה עד שנתיים ללא בקרה או בדיקת מצבו.

יתכן כי העובדה שאין מחייבים את המתמכר לשתף פעולה ולשמור על קשר קבוע עם המוסד גורמת לאי טיפול במתמכר שלא בטובתו. נוספות לכך בעיות אחרות: במצב כפי שהוא מצטייר עתה איננו יכולים לדעת מדוע תובעים מסוימים לא הגיעו כלל למרכז לצורך האבחון, מדוע תובעים אחרים נשרו לפני סיום התהליך, ומה קורה לאחר שתביעתם נדחתה. איננו יודעים האם בכלל ניסו ליישם את ההמלצה, אם כן – מה קרה בהמשך הזמן, אם לא ניסו – מדוע לא ניסו, האם תמיכה קלה או מסיבית יותר הייתה עוזרת לתובעים הללו להיכנס למסגרת טיפול ולחתמיד בה, ומה קורה להם ולבני משפחתם במשך השנה עד להתייצבות החוזרת בסניף לחידוש התביעה. שאלות אלה נשארות ללא מענה במצב הנוכחי של העדר מעקב.

לא כל המופנים אל מרכזי האבחון שאובחנו כמתמכרים מקבלים את הגמלה לאורך זמן: חלקם עוזבים את הארץ, או מקבלים גמלה בעילה אחרת כמו "דורש עבודה" או "בלתי ניתן להשמה"; אחרים נכנסים לבית סוהר או נפטרים מן העולם. אנו יודעים, שמתמכרים רבים שניסו להיגמל במסגרות מוכרות (קיבלו את הגמלה בעילת שיקום), חזרו וקיבלו גמלה בעילת נרקומן כאשר חזרו להשתמש בסמים. בעזרת העיבודים הבאים אנו מנסים לעקוב אחר מסלול המתמכרים במערכת הבטחת הכנסה.

ההבדלים הקיימים בסניפים השונים בין הזכאים בעילת התמכרות לבין הזכאים בעילת שיקום, ששורשיהם נעוצים בהתפתחויות ההיסטוריות של הקמת יחידות טיפול, פוגעות באחידות הטיפול ובדיווח הנדרש על ידי המוסד לביטוח לאומי לצורך קביעת זכאות וביצוע מעקב. ייתכן כי העובדה, שהזכאים שאובחנו ביפו אינם מחויבים להיכנס למסגרת שיקומית מוכרת, ומשום כך גם לא ידוע מה קורה להם במשך שנה עד שנתיים, מביאה לכך שגמילתם ושיקומם של מכורים אלה נידחים ומעוכבים; בנוסף, גם אם הם מסכימים להשתלב במסגרת טיפולית מסוימת, אין מעקב ופיקוח על תוצאות הפעולה השיקומית, ולא ידוע האם היה סיום מוצלח או נשירה מהמסגרת, ואולי היו אלה ניסיונות להיקלט בעבודה או כניסה למסגרת אחרת שאולי הולמת יותר את מצבם ואת תכונותיהם. העדר המעקב המקצועי והערכת העבודה הנעשית במרכזי האבחון, פוגע ראשית באפשרויות שיפור וייעול האבחון, אך הוא פוגע בעיקר בסיכויי מכורים שסיימו שלבי גמילה שונים בהצלחה, אם מפני שנשרו בשלבים מאוחרים יותר בגלל אי התאמה ואינם מופנים בזמן למסגרת אחרת הולמת יותר, ואם מפני שאין מספיק מסגרות תומכות שיעודדו את השתלבותם בקהילה ובתעסוקה, וגוברת הסכנה שהם עלולים לחזור ולהשתמש בסמים הקשים.

מסגרת הסקר

מטרה

סקר זה, השלישי במספר, על מרכז האבחון וההכוון של המוסד לביטוח לאומי ממשיך לבדוק מגמות וכיוונים במאפייני האוכלוסייה התובעת גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות. בסקר זה אנו מנסים להעריך את כוחותיה של אוכלוסייה זו – את המוטיבציה שלה ואת הסיכוי לגמילה ולשיקום. בסקר מוצגים הנתונים הסוציו-פסיכולוגיים וההיסטוריים ביחד עם נתונים על דפוסי שימוש בסמים ומסגרות טיפול, כמו גם הערכת המתמכרים – ההערכה העצמית והערכת המאבחנים.

הסקר מנסה להתחקות אחר קיומם של קשרים בין הנתונים הנ"ל לבין ההמלצות הניתנות במרכז, וכן אחר קשרים עם המסלולים שעוברים הזכאים במערכות התשלומים והטיפוליים.

אוכלוסייה

אוכלוסיית הסקר היא תובעי גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות לסמים קשים, (איננו עוסקים במתמכרים לאלכוהול ובמתמכרים הנמצאים בשיקום, מלבד בבדיקה אחת), **מכל סניפי המוסד לביטוח לאומי מלבד סניפי חיפה והקריות**, אשר עברו אבחון במרכזי האבחון ביפו ובבאר שבע, מאז יוני 1988 ועד דצמבר 1997. אנו מבחינים בין הקבוצות הבאות:

1. **תובעים**, שהם כל הפונים למוסד לביטוח לאומי לקבלת גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות לסמים קשים.
2. **מופנים**, שהם כל התובעים שנמצאו זכאים על פי מבחן הכנסות וזכויות אֶזְרָח, והופנו לאבחון לאימות התמכרותם.
3. **מאובחנים**, שהם המופנים שהגיעו אל מרכז האבחון ועברו אבחון, גם אם נשרו במהלך האבחון ולא סיימו אותו.
4. **מתמכרים**, שהם המופנים שעברו את כל שלבי האבחון ונמצאו מתמכרים.

מדדים

המשתנים שנבדקו הם נתונים מצטברים של המערכת, נתונים סוציו-פסיכולוגיים, הערכת המתמכר וההמלצות שהוא מקבל. נתונים אלה נלקחו מתוך השאלונים שמולאו בראיון הראשוני שנעשה לתובע בעת האבחון. כמו כן נבחן מסלול המעבר של הזכאי במערכת. נתון זה נלקח מתוך הקבצים השוטפים של השירות להבטחת הכנסה.

(1) המשתנים הסוציו-פסיכולוגיים וההיסטוריים שנבדקו הם:

1. מין
2. גיל
3. השכלה
4. מצב משפחתי
5. יחסים במשפחת המוצא
6. יחסים במשפחה הגרעינית
7. שירות צבאי
8. ניסיון תעסוקתי
9. מאפייני השימוש בסם
10. היסטוריית הטיפול.

(2) הערכות המתמכר נעשות בראיון הראשון, בהתייחס לשני משתנים:

1. רצון לגמילה: מוטיבציה, כוח מניע, מידת העניין להיגמל שמגלה המתמכר.
2. כוח לגמילה ולשיקום: משאבים נפשיים להתמיד בתהליך.

הערכות אלה נעשות הן על ידי המתמכר עצמו והן על ידי איש מקצוע, פסיכולוג או עובד סוציאלי, המאבחן אותו.

בנוסף מבצע המאבחן הערכת אישיות, באופן בסיסי בלבד, בתחומים הבאים:

1. קוגניטיביות (כולל אינטליגנציה, חשיבה, זיכרון, תפיסת זמן ומקום, הכרה, שפה והופעה חיצונית);
2. אפקט (כולל אמיתות הרגש והתאמתו להתנהגות, תוקפנות, חרדות, סף תסכול, אדישות, אופוריה);
3. מוטיבציה (רצון לשינוי, כוחות לשינוי);
4. קווי אישיות שונים (בגרות / ילדותיות, שיתוף פעולה / נגטיביזם, מניפולטיביות, מיקוד שליטה פנימי/ חיצוני, אחריות/חוסר אחריות);
5. פוטנציאל השיקום (לשיקום, לתעסוקה, לטיפול פסיכו-סוציאלי).

(3) המלצות המאבחן להמשך הטיפול ניתנות בסוף הראיון על סמך הנתונים שהתקבלו במשך הראיון.

(4) המסלול שעוברים המכורים הזכאים מוגדר במונחים של שלושה מצבים אפשריים:

- א. המכור הזכאי מקבל גמלה, אך לא שהה מעודו במסגרת שיקומית כלשהי.
- ב. המכור הזכאי היה במסגרת שיקומית אך חזר לקבל גמלה בעילת התמכרות.
- ג. המכור הזכאי שהה/שוהה במסגרת שיקומית ולא חזר לקבל גמלה בעילת התמכרות.

הממצאים

אפיוני המערכת

ההבדלים בדרכי האבחון וההערכה יצרו הבדלים בין הסניפים השונים בשיעורי הזכאות לפי העילות, ואלה באים לידי ביטוי בלוחות הבאים המציגים את התפלגות מקבלי גמלת הבטחת הכנסה בעילות ההתמכרות, לפי סניפים ולפי עילת הזכאות.

לוח מס' 1 ולוח מס' 2 מציגים את התפלגויות מקבלי גמלת הבטחת הכנסה בעילות התמכרות באוקטובר 1994 ואוקטובר 1996. באופן כללי אפשר להצביע על עליה בת 7.9% במספר מקבלי גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות, מ-3,895 איש ל-4,198 איש, אולם שיעור מקבלי הגמלה בעילת נרקומניות ירד מ-61% ל-57%. לעומת זאת גדל שיעור הזכאים הנמצאים בגמילה מסמים ובשיקום, מ-25% ל-32%, וזו עלייה ל-372 איש. יש לציין שהגידול במספר כלל מקבלי הבטחת הכנסה היה 17%, (בעיקר בשל העולים שרובם בלתי ניתנים להשמה מטעמי גיל ובעלי שכר נמוך), כך ששיעור המתמכרים בין מקבלי הבטחת הכנסה ירד, מ-5.5% ל-5.0%.

לוח מס' 1: עילת הזכאות של מכורים מקבלי גמלת הבטחת הכנסה, לפי סניף, אוקטובר 1994 (אחוזים)

חיסוף	מקבלי גמלת הבטחת הכנסה		אחוזים	עילת הזכאות			סך הכול מס. אחוזים
	סך הכל	מתוכם: מתמכרים		מכורים לסמים	מכורים לאלכוהול	בשיקום מסמים	
	71,260	3,895	100	2,383	428	978	105
טבריה	2,301	73	100	61	11	25	3
עפולה	1,819	80	100	40	15	31	5
נצרת	4,813	126	100	61	24	14	1
נהרייה	4,701	181	100	80	2	13	6
קריות	3,089	34	100	3	9	79	9
חיפה	4,285	82	100	28	9	51	12
חדרה	2,783	93	100	46	3	47	3
נתניה	3,558	129	100	71	8	20	1
כפר סבא	1,451	86	100	84	5	8	3
פתח תקווה	2,020	110	100	70	9	20	1
רמלה	2,590	282	100	77	6	15	1
רחובות	10,334	569	100	50	32	17	2
ראשלי"צ	1,248	96	100	72	10	17	1
תל אביב	2,502	310	100	73	4	21	2
יפו	5,508	720	100	86	4	10	0
רמת גן	2,581	188	100	89	24	9	1
ירושלים	4,892	277	100	20	4	68	8
באר שבע	10,785	459	100	39	12	52	4

* כולל סניפי אשדוד, אשקלון, קריית גת, קריית מלאכי ושדרות.

לוח מס' 2: עילת הזכאות של מכורים מקבלי גמלת הבטחת הכנסה, לפי סניף, אוקטובר 1996 (אחוזים)

עילת הזכאות				אחוזים	מקבלי גמלת הבטחת הכנסה		חסניף
בשיקום מאלכוהול	בשיקום מסמים	מכורים לאלכוהול	מכורים לסמים		מתוכם: מתמכרים	סך הכל	
126	1,350	332	2,390		4,198	83,187	סך הכול מס. אחוזים
3	32	8	57	100	100	100	
6	48	16	29	100	62	2,797	טבריה
4	37	9	51	100	57	2,003	עפולה
12	23	4	61	100	197	6,114	נצרת
4	26	4	66	100	234	5,017	נהרייה
7	84	4	4	100	45	3,548	קריות
9	77	9	4	100	53	5,218	חיפה
3	44	3	50	100	118	3,412	חדרה
4	30	5	61	100	162	4,148	נתניה
2	15	3	80	100	94	1,555	כפר סבא
2	25	6	67	100	126	2,332	פתח תקווה
1	18	4	77	100	302	2,862	רמלה
2	24	22	52	100	649	12,565	רחובות
2	29	8	62	100	104	1,387	ראשליץ
1	27	2	70	100	336	2,778	תל אביב
1	18	2	79	100	744	6,272	יפו
1	21	2	76	100	168	2,649	רמת גן
6	73	6	15	100	335	5,652	ירושלים
4	54	14	28	100	412	12,878	באר שבע

בשני הלוחות האחרונים, בא לידי ביטוי ההבדל בין סניפי הקריות, חיפה ובאר שבע שכאמור שולחים את התובעים לאבחון במרכזי השיקום, לבין הסניפים האחרים השולחים למרכז המאבחן בלבד. ההבדל מתבטא בשיעור המקבלים גמלת הבטחת הכנסה בעילת נרקומן ושיעור מקבלי גמלה בעילת שיקום נרקומנים: באוקטובר 1994 עמד שיעור הנרקומנים בחיפה על 28% מתוך 82 הזכאים באותה עת בסניף, ובקריות על 3% בלבד מתוך 34 זכאים. שיעור הנרקומנים בחיפה ירד עוד יותר והגיע באוקטובר 1996 ל-4% בלבד. ייתכן שירידה זו נבעה משינויי גישה של פקידי התביעות בסניף, או מגידול ביחידות השיקום בעיר. אלו שיעורים נמוכים בקרב מספר כללי נמוך של מתמכרים. שיעור הנמצאים בשיקום היה 51%-ו-79%, בהתאמה. לעומת זאת ברמלה וביפו, שני סניפים עתירי נרקומנים, שיעור המתמכרים היה 77%-ו-86%, והנרקומנים בשיקום מנו 15% בלבד ברמלה ו-10% בלבד ביפו. סניף ירושלים הוא מקרה מיוחד כיון שהיה במשך שנים רבות בקשר עם מרכז של אבחון ושיקום, והמתמכרים שהופנו אליו קיבלו את הגמלה בעילה של שיקום. מאז דצמבר 1989 סניף ירושלים שולח את התובעים למרכז האבחון

ביפו, כמו רוב הסניפים, מצב זה מסביר את השיעור הנמוך של הזכאים בעילת נרקומן שהיה באוקטובר 1994, 19%, ומקומו במידרג בין סניפי חיפה והקריות לבין שאר הסניפים. באוקטובר 1996 גדל שיעור הנרקומנים בשיקום עם התווסף יחידות הגמילה והשיקום.

לוח מס' 3: מדגם נכים שנמצאו כמתמכרים, לפי סניף*

הסניף	מספר הנכים	אחוזים
סך הכול מספר	1,600	8.7
טבריה	63	13.4
עפולה	66	9.7
נצרת	91	6.9
נהרייה	68	11.5
קריות	82	15.6
חיפה	167	19.2
חדרה	71	2.7
נתניה	71	5.8
כפר סבא	78	1.1
פתח תקווה	64	2.8
רמלה	51	4.8
רחובות	161	6.9
תל אביב	106	11.7
יפו	188	6.6
רמת גן	92	4.1
ירושלים	101	3.7
באר שבע	80	9.1

* נכים מתמכרים לסמים או לאלכוהול המקבלים סצבת נכות, המוסד לבטוח לאומי, סקר פנימי, יוני 1996.

לוח מס' 3 ממחיש את השיעור הגבוה של מתמכרים בקרב מקבלי גמלת נכות בסניפי חיפה והקריות: 19% ו-16% לעומת ממוצע ארצי של 9% בקירוב. כזכור, סניפים אלה מאופיינים באחוז נמוך במיוחד של מתמכרים המקבלים הבטחת הכנסה. קשה לעמוד על הגורמים לתופעה זו מעבר ללחץ המתמכרים בסניפים מסוימים לקבל גמלת נכות כאשר הם נידחים על ידי השרות להבטחת הכנסה בגלל "אי שיתוף פעולה" עם המרכז לנפגעי סמים בחיפה. במילים אחרות, בסניפים אלה קשה יותר לקבל גמלת הבטחת הכנסה בשל התמכרות ללא כניסה למסגרת טיפולית, ויתכן שמטעם זה פונים למחלקת נכות. נראה שהמציאות יוצרת מעין תהליכי השלמה, וכאשר נסגר פתח כניסה אחד לתהליך – נפתח בלחץ הציבור פתח אחר.

לא כל המופנים אל מרכזי האבחון שאובחנו כמתמכרים מקבלים את הגמלה לאורך זמן: חלקם עזבו את הארץ או קיבלו גמלה בעילה אחרת, כמו "דורש עבודה" או "בלתי ניתן להשמה"; אחרים נכנסו לבית סוהר או נפטרו. אנו יודעים שמתמכרים רבים שניסו להיגמל במסגרות מוכרות (קיבלו את הגמלה בעילת שיקום), חזרו וקיבלו גמלה בעילת נרקומן כאשר חזרו להשתמש בסמים. בעיבודים הבאים אנו מנסים לעקוב אחר מסלול המתמכרים במערכת הבטחת הכנסה.

מתוך 4,263 הזכאים שקיבלו גמלת הבטחת הכנסה בעילת נרקומן בשנת 1992, לפחות חודש אחד, נשארו בשנת 1996 2,374 (55.7%), אשר קיבלו גמלת הבטחת הכנסה, בעילות הבאות:

לוח מס' 4: אחוז המקבלים גמלת הבטחת הכנסה בעילות שונות מתוך המקבלים בעילת נרקומניות

העילה	מספרים	אחוזים
מתמכרים	1,450	52.9
שיקום מתמכרים	480	20.2
לא ניתן להשמה	287	12.1
אסיר משוחרר	83	3.5
דורש עבודה	74	3.1
עובד מוגן בשכר נמוך	62	2.6
אבחון תעסוקתי	26	1.1
אם	26	1.1
גיל מבוגר	19	0.8
מחלה	19	0.8
אסיר בעבודות חוץ	14	0.6
אלכוהוליסט	7	0.3
שיקום אלכוהוליסט	7	0.3
הכשרה מקצועית	5	0.2
הריון	5	0.2

בשנת 1992 נכנסו למערכת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות בסך הכל 274 איש ואישה חדשים. עד 1996 נשארו מהם 46 (16.8%) זכאים בלבד בעילות הבאות:

לוח מס' 5: אחוז המקבלים ב-1996 גמלת הבטחת הכנסה בעילות שונות מהמצטרפים למערכת ב-1992 בעילת התמכרות

העילה	מספרים	אחוזים
מתמכרים	13	28.3
שיקום מסמים	23	50.0
עובד מוגן בשכר נמוך	3	6.5
אסיר בעבודות חוץ	2	4.3
מתלה	2	4.3
דורש עבודה	1	2.2
אסיר משוחרר	1	2.2
הריון	1	2.2

האפיונים האישיים והסוציאליים

יותר מ-8,000 איש ואישה הופנו אל מרכזי האבחון מאז הקמתם ביוני 1987 ועד לסוף 1997. 65% מהם אובחנו כמתמכרים, ואושרה להם גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות; 26% אחרים לא הופיעו כלל לאבחון, עוד 6% נשרו ולא סיימו את האבחון, ו-3% הנותרים אובחנו כלא מתמכרים. לנמנים על הקטגוריות האחרונות לא אושרה גמלת הבטחת הכנסה. לוח מס' 6 מציג את התפלגות המופנים לאבחון לפי הסניף השולח ולפי תוצאות האבחון.

לוח מס' 6: תוצאות אבחון התובעים (מ 6/88 עד 9/97) שהופנו אל מרכזי האבחון, לפי סניף

הסניף	מספרים	אחוזים	מתמכרים	לא מתמכרים	נשרו	לא הופיעו
סך הכל	8,173	100	65	3	6	26
טבריה	142	100	44	2	8	46
עפולה	83	100	39	4	5	53
נצרת	492	100	62	3	7	28
חדרה	174	100	66	2	5	26
נתניה	361	100	62	5	6	27
כפר סבא	269	100	64	4	7	25
פתח תקווה	330	100	69	4	5	23
רמלה	694	100	68	3	7	22
רחובות*	1,221	100	64	2	6	27
ראשלי"צ	70	100	64	4	6	26
אשקלון	14	100	43	0	7	50
תל אביב	779	100	69	3	4	23
יפו	1,829	100	74	3	5	18
רמת גן	391	100	70	4	5	20
ירושלים	361	100	*46	14	6	34
באר שבע	913	100	57	2	6	36

* ראה הערה ללוח מס' 1.

91% מן המופנים שהגיעו אל מרכזי האבחון הם גברים, ו-9% בלבד הם נשים. השיעור הנמוך יותר של נשים בקרב המתמכרים לסמים הוא תופעה ידועה, והפער בין המינים משתנה לפי סוג הסם. היחס נע בין פי שניים עד פי שישה. כשמדובר במקבלים גמלת הבטחת הכנסה בעילת סמים, שיעור הנשים קטן במיוחד, מפני שנשים זכאיות לקבל גמלת הבטחת הכנסה גם בלא מבחן תעסוקתי ובלא ראיות להתמכרותן לסמים קשים, כל עוד הן אמהות לילדים בני 6 שנים ופחות.

רוב המאובחנים בעלי השכלה של 10 שנות לימוד ופחות, כאשר ל-27% אין אפילו השכלה יסודית מלאה.

התפלגות המאובחנים לפי מין והשכלה מפורטת בלוח מס' 7. רמת ההשכלה של הנשים גבוהה יותר: שיעור בעלי השכלה של 9 שנות לימוד ויותר גדול בקרב הנשים יותר מאשר בקרב הגברים: 53% מן הנשים סיימו 9 שנות לימוד ויותר לעומת 38% בלבד בקרב הגברים; 25% מהנשים סיימו יותר מ-11 שנות לימוד, לעומת 13% בלבד בקרב הגברים.

לוח מס' 7: השכלת המאובחנים, לפי מין (אחוזים)

מין/השכלה	מספר שנות לימוד						סך הכל	
	לא ידוע	13 שנים	12-11 שנים	10-9 שנים	8 שנים	פחות מ-8 שנים	אחוזים	מספרים
סך הכל	4	1	13	25	30	27	100	6,032
גברים	4	1	12	25	31	28	100	5,515
נשים	4	3	22	28	26	17	100	517

בחינת התפלגות המאובחנים לפי גיל מעלה שקבוצת הגיל הגדולה ביותר היא של בני ה-30-34. נתון זה עקבי ומתאים לממצא המצביע על דפוס פנייה לממסד לאחר 10 שנות שימוש במוצע (הרון, ת., 1994). לרוב המאובחנים יש או הייתה משפחה: 43% מהם נשואים, ו-26% מהם גרושים או נפרדים. שיעורם בקרב המקבלים גמלת הבטחת הכנסה גדול מן הסתם משיעורם האמיתי באוכלוסייה הכללית של המתמכרים, משום ההכרח בפנייתם לממסד כדי לקיים את בני משפחתם, גם אם קיום מינימלי, ע"י גמלת הבטחת הכנסה או על ידי דמי המזונות המשולמים על ידי המוסד לבטוח לאומי. ברור שקבוצות הגיל הצעירות שכיחות יותר בקרב הרווקים, וקבוצות הגיל הגבוה רבות יותר אצל הנשואים ויותר מכך אצל הנפרדים, גרושים ואלמנים. לוח מס' 8 מציג את התפלגות המאובחנים לפי גיל ומצב משפחתי.

לוח מס' 8: גיל המאובחנים לפי מצב משפחתי (אחוזים)

מצב משפחתי	גיל						סך הכל	
	לא ידוע	40+	39-35	34-30	29-25	24-18	אחוזים	מספרים
סך הכול	4	15	22	30	22	7	100	6,237
רווק	0	7	13	29	34	16	100	1,664
נשוי	0	18	25	33	19	5	100	2,670
נפרד	1	20	22	36	17	4	100	402
גרוש	1	22	30	30	15	2	100	1,221
אלמן	0	34	41	22	3	0	100	32
לא ידוע	85	4	4	2	2	0	100	248

רוב המאובחנים, 73%, הם ילידי הארץ, 16% ילידי צפון אפריקה וכ-5% ילידי מזרח אירופה. למעלה מ-53% מן המתמכרים הם בניס להורים ממוצא צפון אפריקאי, ופירוש הדבר שנמשכת הירידה בשיעור יוצאי צפון אפריקה: בסקרים הקודמים, שם נמצאו שעורים של 86% (הרון, ת., 1990) ו-70% (הרון, ת., 1994). 16% מהם הם בניס להורים ילידי הארץ, ו-5% הוריהם ממזרח אירופה. המאובחנים נמנים ברובם על משפחות מרובות ילדים: יותר מ-70% הם בניס למשפחות בעלות 5 ילדים ויותר. מנתונים אלה אפשר ללמוד, שרוב המאובחנים הם יוצאי שכבות מצוקה, או שהגיעו למערכת הבטחת הכנסה לאחר שכל מקורות המימון שעמדו לרשותם נוצלו במלואם.

שיעור המוסלמים המאובחנים עומד על 17% שהוא שיעור גבוה במעט משיעורם באוכלוסייה הכללית בארץ (14.6%). שיעור הנוצרים עומד על 1%, לעומת 0.3% באוכלוסייה; ואילו בקרב הדרוזים השיעור הוא 0.3% לעומת שיעורם ה-2% באוכלוסייה. יש לזכור, שאין בידינו נתונים מסניפי חיפה והקריות, שאליהם פונים מוסלמים, נוצרים ודרוזים אשר רבים מהם גרים באזורי סניפים אלו.

הגיוס לצבא והתעסוקה הם גורמים הקובעים במידה רבה את השתלבות היחיד בחברה הישראלית. הגיוס לצבא הוא כניסה לעולם הבוגרים ומאפשר את הקבלה אליו, ואילו התעסוקה – כושר ההשתכרות למחייה, קובעת את אי התלות, את המעמד ואת מידת ההצלחה. גורמים אלה נראים לנו כקשורים קשר הדוק לפוטנציאל הגמילה והשיקום של המתמכר.

כמחצית המאובחנים התגייסו לצבא, אך פחות ממחצית המגויסים סיימו את שירותם הצבאי כנדרש. 66% מן המאובחנים עבדו בתעסוקה כלשהי לפני שהחלו לקבל את הגמלה: 21% מכל המאובחנים הצהירו על עיסוק מקצועי, אך רק 40% מכל המאובחנים עסקו בכך יותר מאשר שנתיים. 37% מן המאובחנים הצהירו על עיסוק בלתי מקצועי, 32% על עבודות מזדמנות, 7% היו עצמאיים, על פי רוב בעלי דוכנים ועוד, כ-2% הצהירו על עיסוק של צווארון לבן.

ניתוח על פי ההיסטוריה התעסוקתית, המצב המשפחתי והשירות הצבאי העלה 8 קבוצות:

לוח מס' 9: תעסוקת המאובחנים, לפי מצב משפחתי ושירות צבאי (אחוזים)

תעסוקה	סך הכול (אחוזים)	חיו נשואים		לא התחתנו	
		גויסו	לא גויסו	גויסו	לא גויסו
עבדו	86	33	30	13	10
לא עבדו	16	5	5	3	3

רוב המאובחנים – 86% מהם, עבדו אי פעם. הקבוצה הגדולה ביותר ביניהם היא זו של המאובחנים שעבדו, נישאו וגויסו- 33%, במקום השני זו של המאובחנים שעבדו, נישאו אך לא גויסו – 30%. אפשר לראות שיש קשר מסוים בעיקר בין המצב המשפחתי לתעסוקה, וקשר חלש בין שירות צבאי לתעסוקה.

גיל ההתחלה ודפוסי השימוש בסמים

שני מאפיינים חשובים של המתמכרים הם גיל התחלת השימוש ודפוסי השימוש. רוב המתמכרים שנבדקו במסגרת הסקר החלו בשימוש בחשיש בגיל צעיר יחסית: 80% לפני גיל 20, ומחציתם אף לפני גיל 16. מסם זה, הנחשב קל יחסית, עברו לשימוש בסמים הקשים. כמעט כל המתמכרים (90% מהם) השתמשו ב שלב כלשהו בחייהם בחומר המכונה "קוק פרסי", שהוא הרואין מעורב בחומרים אחרים. 36% מהם החלו בשימוש בסם זה לפני מלאת להם 20 שנה. כ-40% השתמשו, או ממשיכים להשתמש, בהרואין: 15% החלו בכך לפני גיל 21.

לוח מס' 10 מציג את התפלגות הגילים שבהם החלו המאובחנים להשתמש בחשיש, מתדון, קוק פרסי (הרואין לא נקי) וקריסטל (קוקאין).

לוח מס' 10: סוגי הסמים בהם השתמשו המאובחנים אי פעם, לפי גיל התחלת השימוש בסם (אחוזים)

גיל התחלת שימוש	סך הכל (מספרים)	חשיש	מתדון	קוק פרסי	קריסטל
סך הכל	5,313	4,007	3,563	4,597	798
עד 15	37	41	5	3	5
16-20	42	45	24	24	31
21-25	12	9	27	32	33
26-30	5	3	23	24	19
+31	3	1	19	16	8
לא ידוע	-	2	2	1	4

לדפוסי השימוש נודעת חשיבות עקב ההשפעה שיש לדרך לקיחת הסם על הגוף מבחינת שליטה ובטיחות, ועל מידת ההתמכרות ההולכת וגדלה. ככל שספיגת החומר בגוף איטית יותר, כמו בלקיחה דרך הפה – בליעת הסם, יש שליטה רבה יותר על הלקיחה, והסם משפיע בצורה איטית יותר ופחות דרסטית. להרואין יחסית איו השפעה כאשר בולעים אותו, ולקוקאין אין השפעה כאשר מעשנים אותו. לעומת זאת, כאשר סם כמו קריסטל נשאף בעישון, ועוד יותר כאשר מוזרק, הוא חודר מיד לדם ולדרכי הנשימה, ואז כבר אין למתחרט דרך חזרה. באופן זה יש גם עקיפה של אמצעי ההגנה הטבעיים של הגוף, ונוצרות תסבוכות רפואיות: סמים בעישון גורמים לבעיות בדרכי הנשימה, ו"הרצה" (הרחת הסם מעל ניר כסף), יוצרת נזקים לרירית האף. הסכנה הרבה ביותר הצפויה מהזרקות במזרקים לא מעוקרים, אשר גם עוברים מיד ליד, היא סכנת ההידבקות במחלות זיהומיות, בעיקר אידס וצהבת (היפטיטיס) מסוג B. יש לציין, שלמרות הגידול שנצפה בארץ בשימוש במזרקים, לא עלתה שכיחות הנשאים והחולים באידס, אולי בזכות השכיחות הראשונית הנמוכה של האידס בארץ. לעומת זאת, גברה שכיחות מחלת הצהבת מסוג B. לוח מס' 11 מציג את אופני השימוש בשני סוגי הסם העיקריים.

לוח מס' 11: דפוס השימוש בקוק וב"קריסטל", לפי סם (אחוזים)

סך הכל מספרים	עישון	בליעה	הרתחה	הזרקה	הרצה	הזרקה ואחר	לא ענו
קוק פרסי	23	1	5	11	54	3	3
קריסטל	7	1	60	14	8	3	7

בבדיקת התפלגות גיל ההתחלה לפי דפוסי השימוש נמצא, ששיעור המזריקים גדול יותר ככל שגיל תחילת השימוש נמוך יותר: בסך הכל שיעור המזריקים קוק פרסי היה 11%. אולם בקרב המתמכרים שהחלו להשתמש בקוק פרסי כשגילם היה מעל 20, שיעור המזריקים 9%-10%, ואילו בקרב אלה שהחלו להשתמש בגיל 16-20, שיעור המזריקים עולה ל-13%, וממשיך לעלות ל-17% בקרב המתמכרים שהחלו להשתמש לפני גיל 15. ניתן לשער מהו מצבה הגופני והנפשי של קבוצה זו.

טיפולים

יותר מ-2,800 איש הצהירו על קבלת טיפולי גמילה שונים, כולל טיפול תרופתי, טיפול פסיכיאטרי, טיפול עצמי, טיפול פסיכו/סוציאלי ואחזקת מתדון. כ-1,400 מהם הצהירו על טיפול אחד בלבד, 567 על שני טיפולים, 223 על שלושה טיפולים, ועוד 50 – על ארבעה טיפולים.

בדיקת כל הטיפולים שדווח עליהם לפי משך הזמן שהמטופל נשאר נקי לאחר קבלתם, העלתה (לוח מס' 12) כי שני שלישים בקירוב מהמתמכרים שעברו טיפולים חזרו לסם לאחר תקופה קצרה שלא עלתה על שישה חודשים, ורק כ-6% החזיקו מעמד יותר משנתיים, אם נקבל את

עדותם כהויתה. יש לזכור שהנתונים התקבלו על סמך הצהרת המאובחנים בלבד, ללא אימות, ולכן יש להתייחס להצהרות שניתנו בעת הראיונות במידה מסוימת של הסתייגות (כגון להצהרה על ניקיון של יותר מארבע שנים).

לוח מס' 12 מורה, כי המתמכרים שהיו בתחזוקת מתדון (קבלה שוטפת של סם המתדון כתחליף סם), נשארו נקיים (הכוונה לנקיים מסמי רחוב) לאורך תקופה ארוכה יותר. יש לזכור כי אחזקת מתדון למעשה אינה גמילה, אלא ניסיון למניעת הידרדרות הנרקומן לסמים קשים יותר, שעלותם מובילה תמיד לפשע והיוצרים תלות הולכת וגוברת במינון גדל וחולך. למעשה המתדון בעצמו הוא סם, אמנם מלאכותי וזול יותר, אך גם הוא יוצר התמכרות, גם אם אינו דורש הגדלת המינון כמו סמי הרחוב. מאידך גיסא, ההפניה לתחזוקת מתדון נעשית בגיל מאוחר, יחסית (לא השימוש במתדון הנקנה בשוק השחור, שגם הוא מתחיל בגיל צעיר יחסית). בשלב זה, אם הגוף הרווי בסם אינו נמצא באחזקת מתדון, הוא דוחה לעתים, במין גמילה ספונטנית, את המשך השימוש. לעומת זאת, תחזוקת מתדון עלולה לדחות את הגמילה הממשית. לא אחת, כאשר במרכזי מתדון מסוימים נוכחים שהמתמכר קרוב לגמילה וזקוק רק ל"תמיכה" קלה, מורידים בהדרגה את מינון המתדון עד לאפס, ואז אפשר ל"בשר" למתמכר על הגמילה שנעשתה ללא ידיעתו. לא ידוע לנו באיזו שכיחות נעשה הדבר, אך ייתכן שזו דרך שכדאי להנהיג במרכזי המתדון.

גם בקרב המאובחנים שהצהירו על קבלת טיפול פסיכיאטרי, יש שיעורים גבוהים של ניקיון במשך תקופה ארוכה. ממצא זה מצריך בדיקה מעמיקה יותר ובירור של מהות הטיפול שניתן ושל מאפייני המקבלים אותו. טיפולים אלה ניתנו למספר קטן מן המתמכרים.

יש לזכור, שמדובר באנשים שחזרו אל הסם ותבעו גמלה לאחר התקופה המצוינת בלוח: אין בידינו נתונים על מטופלים שלא תבעו גמלה מפני שלא חזרו אל הסם או מסיבה אחרת.

לוח מס' 12: הניקיון, לפי סוג הטיפול (אחוזים)

הטיפול	סך הכל		משך זמן הניקיון					
	מספרים	אחוזים	עד 6 חודשים	6 - 12 חודשים	1 - 2 שנים	2 - 3 שנים	3 - 4 שנים	לא ידוע
סך הכל	2862	100	64	9	10	4	2	11
תרופתי	478	100	78	7	7	1	1	6
מתדון	100	100	48	8	15	7	6	16
עצמי	1104	100	64	10	13	5	2	6
פסיכו-סוציאלי	545	100	65	11	11	5	2	6
פסיכיאטרי	246	100	49	7	8	2	1	23
אחר	389	100	61	8	6	2	2	21

הערכת המתמכרים

הערכת המתמכר את עצמו

בשלב ראשוני של ההערכה התבקשו המתמכרים לציין את מידת רצונם להיגמל ואת מידת האמונה שיש להם כי יצליחו בכך. לוח מס' 13 מציג את התפלגות תשובותיהם. המספר הכולל המופיע בלוחות הבאים מבטא את מספר התשובות שהתקבלו לשאלות אלו.

לוח מס' 13: אמון המתמכרים בכוחם להיגמל, לפי העניין שיש להם בכך (אחוזים)

מידת הרצון להיגמל	סך הכל		אמונה ביכולת להגמל		
	מספרים	אחוזים	לא מאמין	מאמין במקצת מאמין	
סך הכול	3,149	100	38	34	28
לא מעוניין	1,003	100	74	18	8
מעוניין במידה מסוימת	866	100	33	56	11
מעוניין	1,280	100	13	31	56

התפלגות תשובות המתמכרים ראויה לבחינה: שליש מהם מצהירים בגלוי שאינם מעוניינים בגמילה. קבוצת המעוניינים להיגמל מונה רק 41% מהם, ורק 28% מכל המתמכרים מאמינים שיצליחו. המתאם בין הרצון להיגמל לבין האמונה בהצלחה חזק: 74% מאלה שאינם מעוניינים להיגמל אינם מאמינים שיצליחו; 56% מן המעוניינים במידה בינונית להיגמל גם מאמינים במידה בינונית שיצליחו; ו-56% מהמעוניינים להיגמל מאמינים שיצליחו.

אנו רואים שוב, כי מדובר באוכלוסייה ירודה, בעלת מוטיבציה ודימוי עצמי נמוכים: גם מקבוצות המעוניינים להיגמל רק 56% מאמינים שיצליחו בכך. יש להניח, כי חיזוק ביטחונם העצמי ואמונתם בכוחותיהם וביכולתם להיגמל יעודד אותם ויגביר את רצונם להיכנס למסגרות גמילה. אולם מצבם הנוכחי קשה – ואכן המאבחנים, שהם אנשי מקצוע מתחום הפסיכולוגיה והעבודה הסוציאלית, ספקנים לגבי אפשרויות הטיפול וסיכויי הגמילה שיש למתמכרים אלה, והערכותיהם נמוכות משל המתמכרים עצמם (לוח מס' 14).

גורם עיקרי להצלחת גמילה ושיקום היא הימצאם של מוטיבציה חזקה וכוחות נפשיים להתמיד בתהליך. המאבחנים התבקשו להעריך את פוטנציאל הכוחות לגמילה ואת מידת הרצון להיגמל שהם מוצאים במתמכרים. הם גילו מוטיבציה לגמילה רק אצל 20% מהמתמכרים, לעומת 41% מהמתמכרים שהצהירו על עניין להיגמל, ורק אצל 6% מצאו כוחות חזקים הדרושים כדי להתחיל בתהליך הגמילה, שלא לדבר על התמדה בו. (ההערכה העצמית של המתמכרים נבדקה מאז החלו באבחון במרכז, בעוד שהערכות המאבחנים את המתמכרים החלו להתבצע רק מאוחר

יותר). לוח מס' 14 מציג את התפלגות המתמכרים לפי הערכת המאבחנים את רצונם להיגמל ואת מידת כוחותיהם.

לוח מס' 14: הערכת המאבחנים את הכוח להיגמל, לפי רצון המתמכר להיגמל (אחוזים)

מידת הרצון	סך הכלי		הערכת הכוח	
	מספרים	אחוזים	אין כוחות	כוחות במידה מסוימת
סך הכול	1,343	100	61	33
אין רצון	694	100	88	11
רצון במידה מסוימת	376	100	40	59
יש רצון	273	100	19	55

* הערכה של המאבחנים ישנה רק לגבי 1,343 מתמכרים.

אפשר לראות בלוח זה את ההערכה הפסימית של המאבחנים: יותר ממחצית המתמכרים דורגו על ידם כחסרי רצון להיגמל, ויותר מ-60% מהם דורגו כחסרי הכוחות הדרושים לביצוע השינוי. אנשים במצבים ירודים מסוג זה בדרך כלל אינם מועמדים לגמילה ולשיקום כאשר הם עצמם אינם מאמינים בכך.

המאבחנים העריכו גם את הפוטנציאל השיקומי של המתמכרים בשלושה תחומים: גמילה, תעסוקה וטיפול פסיכו-סוציאלי. התוצאות מוצגות בלוח מס' 15.

לוח מס' 15: הפוטנציאל השיקומי בעיני המאבחן, לפי סוג הטיפול המומלץ (אחוזים) N=1,315

טיפול המומלץ	סך הכל	הערכת הפוטנציאל השיקומי		
		נמוך	בינוני	גבוה
גמילה	100	52	37	11
תעסוקה	100	54	33	13
טיפול פסיכו-סוציאלי	100	52	34	14

כמחצית המתמכרים הם בעלי פוטנציאל נמוך לשיקום, מעט יותר משליש הם בעלי פוטנציאל בינוני, ורק שמינית בעלת פוטנציאל גבוה.

הקשר בין סוגי הפוטנציאל השיקומי בולט: 82% מאלה שדורגו כבעלי פוטנציאל נמוך לגמילה דורגו גם כבעלי פוטנציאל נמוך לתעסוקה ולטיפול פסיכו-סוציאלי; 49% מאלה שדורגו כבעלי פוטנציאל בינוני לגמילה דורגו כך גם לגבי שני התחומים האחרים, ו-45% מבעלי הפוטנציאל הגבוה לגמילה הם גם בעלי פוטנציאל גבוה לתעסוקה ולטיפול פסיכו-סוציאלי.

יצרנו אינדקס אחד של הפוטנציאל השיקומי כמוערך על ידי המאבחן שהורכב מן הציון הממוצע (1 – נמוך, 2 – בינוני, 3 – גבוה) של שלושת סוגי הפוטנציאל השיקומי: פוטנציאל לגמילה, פוטנציאל לתעסוקה ופוטנציאל לטיפול פסיכו-סוציאלי. קיבלנו את ההתפלגות הבאה:

53% בעלי פוטנציאל נמוך,

34% בעלי פוטנציאל בינוני,

13% בעלי פוטנציאל גבוה.

אינדקס שני של ההערכה העצמית של הפוטנציאל לגמילה נבנה על פי הערכת המתמכר את עצמו – עד כמה הוא מעוניין להיגמל ועד כמה הוא מאמין שיצליח בכך.

הקשר בין הערכות המאבחן והערכות המתמכר

הקשר בין הערכת המתמכר את עצמו לבין הערכת המתמכר על ידי המאבחן, מוצג בלוח מס' 16.

לוח מס' 16: ההערכה העצמית של המתמכרים, לפי הפוטנציאל השיקומי שנבנה על פי הערכת המאבחן (באחוזים)

הפוטנציאל השיקומי על פי המאבחן	סך הכל		הערכה עצמית של המתמכר		
	מספרים	אחוזים	נמוך	בינוני	גבוה
סך הכול	1,315	100	60	29	11
נמוך	697	100	45	34	20
בינוני	447	100	13	44	43
גבוה	170	100	2	13	85

* המאבחנים העריכו את הפוטנציאל השיקומי והמתמכרים העריכו את הרצון והסיכוי להיגמל.

ההתאמה בין הערכת המאבחן להערכת המתמכר את עצמו היא חלקית, והמתמכרים אופטימיים יותר מהמאבחן איש המקצוע: רק 45% מן המדורגים על ידי המאבחן כבעלי פוטנציאל נמוך חושבים שהם אכן בעלי פוטנציאל נמוך לגמילה; 20% מאמינים שהם בעלי פוטנציאל גבוה לגמילה. 85% מן המדורגים על ידי המאבחן כבעלי פוטנציאל גבוה לגמילה ולשיקום מעוניינים להיגמל ומאמינים שיצליחו, אך הם מונים 11% בלבד מכלל המתמכרים.

המלצות והפניות למתמכר

המאבחנים התבקשו להמליץ על מסגרות טיפוליות הולמות למתמכר זאת – גם אם לדעתם ההמלצה אינה ניתנת ליישום במצב הקיים היום במערכות יחידות הטיפול, וגם אם הראיון הוא

ראשוני בלבד. סיבה נוספת למיעוט ההמלצות היתה תחושת המאבחנים, שהאוכלוסייה המגיעה למרכזי האבחון חלשה, וחסרה כוחות, משאבים וסיכויים להיגמל. לדעת מנהל המרכז ביפו, ד"ר אלי אלבו, ראיון כזה אינו מספיק לאבחון יסודי ולמתן הערכה מקיפה של האישיות כנדרש להפניית מתמכר למסגרת טיפולית. דבר זה אמור במיוחד לגבי המוטיבציה של המאובחנים, שהיא הגורם העיקרי להתמדה במסגרת הטיפול. מסיבה זו רוב ההמלצות הן להעביר את הטיפול ללשכות הרווחה המצויות בכל ישוב, ושבהן יעשו אבחון והערכה מעמיקים יותר.

המאבחנים התבקשו לתת עד שלוש המלצות, מעשר אפשרויות המכסות את רוב אפשרויות הטיפול הקיימות בארץ, ואלו הן: אשפוז, מתדון, קהילה טיפולית, מרכז שיקום, טיפול פסיכיאטרי, תחנת בריאות הנפש או בית חולים פסיכיאטרי, לשכת רווחה, N.A ומטפל סמים אזורי. כמו כן היו אפשרויות של הפניה למציאת תעסוקה, מעקב על ידי מרכז האבחון עצמו והפניה לענף נכות במוסד לבטוח לאומי. המאבחנים אף יכלו לציין שאין כל מקום לשיקום או לטיפול במתמכר.

לחלק מיחידות הטיפול המצוינות לעיל קשה למדי להגיע; אם מפני שמספרן קטן, ורשימת ההמתנה ארוכה, ואם מפני שעלות ההשתתפות בהן גבוהה מדי לרוב המתמכרים. יש להזכיר שוב שאלו הן המלצות בלבד, ואין המוסד או גוף אחר יכולים לחייב למלא אחריהן ולהיכנס לאיזושהי מסגרת טיפולית.

למאבחנים הותר להוסיף אפשרויות אחרות ידועות להם. האפשרות לתת יותר מהמלצה אחת ניתנה לא רק כאלטרנטיבה, אלא גם כדי לאפשר שילוב של כמה טיפולים כמתבקש במקרים מיוחדים. כאמור, ההמלצות לרווחה ולתחזוקת מתדון הן המלצות כלליות בלבד. לרוב המאובחנים, 69%, ניתנה המלצה אחת בלבד. 22% קיבלו שתי המלצות, ו-5.9% קיבלו שלוש המלצות.

מגוון ההמלצות קובץ לחמש קבוצות עיקריות של טיפולים:

- 1) מתדון,
 - 2) טיפול על ידי גורמי רווחה (מטפל סמים אזורי וגמילה תוך ביתית),
 - 3) אשפוז,
 - 4) טיפול ממושך (קהילה טיפולית, מרכז שיקום וטיפול פסיכיאטריים),
 - 5) טיפול אמבולטורי מרפאתי (כולל N.A, חיפוש תעסוקה ומעקב על ידי מרכז האבחון).
- את ריבוי ההמלצות לרווחה ולמתדון זקפנו לכך שאלה הן הפניות כלליות להערכה יותר מקיפה ומעמיקה.

להלן שיעורי המתמכרים שקיבלו המלצה לפי סוג ההמלצות (כאמור, יש אפשרות לתת מספר המלצות גם יחד, ולכן סך כל ההמלצות מגיע ל-139%);

תחזוקת מתדון	32%
לשכת רווחה/גמילה תוך ביתית	38%
גמילה באשפוז	16%
טיפול ממושך	19%
טיפול אמבולטורי	3%
אחר	7%
אין מקום לשיקום/טיפול	19%

בסך הכול ניתנו המלצות לכ- 3,500 מתמכרים. לכ- 1,800 איש לא ניתנו כל המלצות מסיבות שונות.

לוח מס' 17: המלצות שניתנו למתמכרים, לפי מידת הרצון המוצהרת להיגמל (אחוזים)

המלצה	סך הכול (אחוזים)	אין רצון	במידה מסוימת	יש רצון
סך הכול (מספרים)	3,431	1,704	969	629
אין מקום לשיקום	18	28	10	3
רווחה	35	30	46	33
טיפול מתדון	30	39	23	18
טיפול ממושך	17	12	19	30
אשפוז	14	6	18	33
טיפול אמבולטורי	14	10	17	22

אפשר לראות שכאשר רמת המוטיבציה גבוהה יש יותר המלצות לטיפול ממושך ולאשפוז, שהם טיפולים המבטיחים סיכוי גבוה יותר לגמילה ושיקום, ולעומת זאת חכאשר רמת המוטיבציה נמוכה שכיחה יותר המלצה למתדון, שבדרך כלל אינו טיפול או גמילה, אלא אחזקה בלבד ונחשב לרע במיעוטו, או נקבע שאין כלל מקום לשיקום.

קשר בין המשתנים

התחקינו אחר קיומם של קשרים בין המשתנים הפסיכו-סוציאליים – היסטוריים של כל מאובחן לבין ההערכה שנעשתה על ידי המאבחנים.

בדרך כלל לא נמצאו קשרים מובהקים בין המשתנים. האוכלוסייה הנבדקת היא ברובה הגדול אוכלוסייה חלשה, ממעמד סוציו-אקונומי נמוך העומד בקריטריונים של קבלת גמלת הבטחת הכנסה. מתוכם אנו מבקשים לדלות את אותם המתמכרים, אשר למרות הכול נמצאו כבעלי פוטנציאל גמילה וכבעלי רצון וכוחות לעמוד בטיפול הממושך והקשה. לוח מס' 17 מציג את המתמכרים, על משתנים מסוימים שלהם, שנמצאו בעלי רצון לשינוי בשיעורים גבוהים מהמוצע.

לוח מס' 18: מידת הרצון להיגמל, לפי משתנים סוציאליים (אחוזים)

משתנה סוציאלי	סך הכל		מידת הרצון להיגמל		
	מספרים	אחוזים	אין רצון	בינוני	יש רצון
סך הכול	3,431	100	50	28	16
בני 39-35	840	100	48	30	19
נשואים	1,750	100	49	28	18
12-11 שנות לימוד	525	100	37	33	24
עיסוק מקצועי בעבר	665	100	34	32	29
סיים שרות צבאי	840	100	41	30	23
5-3 שנות עבודה	700	100	46	28	19
יהודים, ילידי צפון אפריקה	490	100	39	32	21
בנים להורים ילידי צפון אפריקה	1,785	100	41	31	20

כפי שעולה מלוח מס' 18, בקרב המתמכרים שהיו בעלי עיסוק מקצועי יש שיעור גבוה יחסית של בעלי רצון להיגמל, לעומת בעלי עיסוקים לא מקצועיים או עובדי עבודות מזדמנות; בקרב המתמכרים שסיימו את שרותם הצבאי יש שיעור גבוה של בעלי רצון לשינוי יותר מאשר בקרב המתמכרים שלא סיימו את שירותם או שכלל לא גויסו; כך גם בקרב בעלי 12-11 שנות לימוד, 5-3 שנות עבודה ומוצא צפון אפריקני. אפשר לראות, שההבדלים אינם בולטים, והם נעים מ-19% - 29% בעלי רצון להיגמל, לעומת ממוצע של 16% בלבד.

נבדק גם הקשר בין דפוסי השימוש המבטאים את חומרת השימוש לבין המלצות שניתנו במרכז האבחון.

לוח מס' 19: הטיפול המומלץ, לפי גיל התחלת השימוש בסם (אחוזים)

הסם	גיל	סך הכל		טיפול מומלץ					
		מספרים	אחוזים	אין מקום לשיקום	אשפוז	מתדון	ממושך	אמבלטורי	רווחה
סך הכול		5,313	100	14	11	25	13	6	31
הרואין	עד 21	292	100	14	15	29	14	4	24
	+21	575	100	12	14	25	14	8	26
קוק פרסי	עד 21	779	100	17	11	24	14	5	30
	+21	2,156	100	13	11	23	13	6	33
מתדון	עד 21	217	100	15	9	28	14	6	29
	+21	1,296	100	13	9	27	13	7	30

לוח מס' 20: הטיפול המומלץ, לפי משך השימוש בסם (אחוזים)

הסם	משך שימוש בשנים	סך הכל		טיפול מומלץ					
		מספרים	אחוזים	אין מקום לשיקום	אשפוז	מתדון	ממושך	אמבלטורי	רווחה
סך הכול		5,313	100	14	11	25	13	6	31
הרואין	עד 10	455	100	14	11	26	15	6	28
	+10	386	100	10	24	25	12	7	21
קוק פרסי	עד 10	99	100	7	8	18	24	14	29
	+10	2,863	100	14	11	24	13	6	33
מתדון	עד 10	490	100	15	11	22	17	7	28
	+10	1,019	100	12	8	30	11	7	32

ההבדלים בין ההמלצות לפי סוג הסם בולטים במיוחד בשיעור הגבוה של חסרי הסיכוי לשיקום בקרב המשתמשים ב"קוק פרסי" שהחלו להשתמש לפני שנתם ה- 21, ובשיעור הנמוך של חסרי סיכוי לשיקום בקרב המתמכרים שמשתמשים ב"קוק פרסי" פחות מעשר שנים. גבוהים במיוחד גם שיעור ההמלצות לאשפוז שניתנו למתמכרים שהשתמשו בהרואין יותר מעשר שנים, ושיעור ההמלצות לטיפול אמבולטורי במתמכרים שהשתמשו ב"קוק פרסי" פחות מעשר שנים.

לוח מס' 21: המתמכרים לסמים, לפי דפוסי השימוש והמלצות

דפוס שימוש	סך הכל		טיפול מומלץ					
	מספרים	אחוזים	אין מקום לשיקום	אשפוז	מתדון	קחילה (ממושך)	אמבולטור	רווחה
קוק פרסי								
סך הכול	3,464	100	15	11	25	14	5	30
עישון	334	100	16	18	17	12	10	26
הרחה	200	100	13	8	30	16	11	24
הזרקה	517	100	13	11	35	12	4	26
הרצה	2,278	100	16	10	23	14	5	32
הזרקה +	135	100	11	9	32	19	7	22
קוקאין								
סך הכול	1,014	100	14	13	29	15	6	23
עישון	88	100	9	15	33	19	5	19
הרחה	675	100	15	12	29	15	5	24
הזרקה	147	100	15	17	30	14	11	14
הרצה	62	100	8	16	26	10	5	35
הזרקה +	42	100	19	10	24	21	5	21

* "קוק פרסי" וקוקאין אינם נלקחים דרך חפה – בבליעה.

יותר מ-3,400 המלצות ניתנו לכ-2,900 משתמשים בקוק הפרסי. כאמור, חלק הארי מהמלצות היה הפניה ללשכת רווחה (38%) ולאחזקת מתדון (32%). לגבי 19% "אין מקום לשיקום", ופירוש הדבר שלדעת המאבחנים מאות אנשים הם חסרי כל תקווה. אפשר לראות, שהמזריקים המונים 19% מן המשתמשים בקוק פרסי הופנו בשיעור גבוה יותר, כ-35%, לאחזקת מתדון אליה מופנים המכורים הנמצאים המצב קשה יותר. מספר המשתמשים בקוקאין שהוא סם חדש יחסית בשוק, נמוך יותר, כ-1,000 בלבד, אך הוא הולך וגדל, וכשמדובר בסם מסוכן כקוקאין, שההתמכרות אליו מהירה וקשה לגמילה, המספר גדול מדי. גם להם ממליצים בעיקר על אחזקת מתדון ועל טיפול בלשכת הרווחה, כשהמלצות לאחזקת מתדון רבות יותר.

הערכת אישיות

בסיום הראיון האישי נעשית לתובע שהופנה הערכה על ידי איש המקצוע. ההערכה נערכה בתחומים הבאים:

1. קוגניטיביות (כולל: אינטליגנציה, חשיבה, זיכרון, תפיסת זמן ומקום, הכרה. שפה והופעה חיצונית);
2. אפקט (כולל: הרגש והתאמתו, תוקפנות, חרדות, סף תסכול, אדישות, דיכאון ואופוריה);

3. מוטיבציה (רצון לשינוי, כוחות לשינוי ואקטיביות);
4. קווי אישיות שונים (בגרות / ילדותיות, שיתוף פעולה / נגטיביזם, אחריות/חוסר אחריות, הפרעות אישיות, מניפולטיביות ומיקוד שליטה חיצוני/פנימי);
5. פוטנציאל השיקום (לגמילה, לתעסוקה ולטיפול פסיכו-סוציאלי).

לא נמצאו קשרים משמעותיים בין משתני האישיות לבין ההמלצות לשיקום. עם זאת נמצא, כי פרט ביוגרפי, כמו סיום השרות הצבאי (ולא רק עצם גיוס לצבא), עשוי להיות אינדיקציה לכוחות נפשיים ולפוטנציאל להצלחה בגמילה ושיקום. נמצא קשר משמעותי בין סיום השירות הצבאי לבין מרכיבי אישיות, בעיקר מרכיבים חיוביים, כמו מיקוד שליטה פנימי ופוטנציאל גמילה; אולם משתנה זה נמצא קשור גם ל אי שיתוף פעולה; לוח מס' 22 מציג את הקשרים בין השרות הצבאי לבין מרכיבים חיוביים של האישיות. הרמות החסרות של מרכיבי האישיות משלימות את האחוזים ל- 100%.

לוח מס' 22: הערכת המאבחנים את אישיות המתמכרים, לפי השירות הצבאי (אחוזים)

התכונה המוערכת	שירות צבאי		
	לא גויס	לא סיים שרות	סיים שרות
סך הכול (במספרים)	2,174	1,577	1,242
יש רצון לשינוי	14	18	25
יש כוחות לשינוי	3	5	10
יש פוטנציאל לגמילה	6	9	17
פוטנציאל לתעסוקה	8	12	18
אין מניפולטיביות	5	4	7
מוקד שליטה פנימי	6	6	9
יש עניין להיגמל	32	40	47
מאמין שיצליח	20	30	37
בגרות	2	3	3
אחריות	3	3	3
שיתוף פעולה	35	30	28

מעניין לראות, שמרכיבי האישיות החיוביים, הבולטים ביותר בשיעורם הנמוך באופן כללי אצל המתמכרים, הם – בגרות, מוקד שליטה פנימי, אחריות והעדר מניפולטיביות. לעומת זאת, התכונות המנוגדות, לדתיות הקשורות בצורך בסיפוקים מהירים, חוסר אחריות, מניפולטיביות ומוקד שליטה חיצוני מאפיינות את המתמכרים.

בבדיקת הקשרים בין טיפולים קודמים, בעיקר במתדון או בתרופות אך גם טיפול פסיכו-סוציאלי, לבין פוטנציאל הגמילה העלתה, שטיפולים קודמים מביאים דווקא לפסימיות ולהערכה נמוכה של מוטיבציה וכוחות המתמכר. הכישלון בטיפול קודם מרפה כניראה את ידי המתמכר. כאשר המתמכר מצהיר על טיפול עצמי, שהוא לפעמים רק כמה ימים של איפוק בבית, הוא מגלה אופטימיות רבה יותר והמאבחן מעריך את כוחותיו כחזקים יותר. במידה מסוימת הדבר חל גם על טיפול פסיכיאטרי. לוח מס' 23 מציג קשרים אלה.

לוח מס' 23: התכונות המוערכות של המתמכרים, לפי סוג הטיפול שקיבלו * (אחוזים)

התכונה המוערכת	סך הכול	טיפול תרופתי	סוג הטיפול		
			מתדון	גמילה עצמית	פסיכו-סוציאלי
יש רצון לשינוי	21	17	11	24	22
יש כוחות לשינוי	6	4	4	7	5
פוטנציאל גמילה	11	5	7	15	11
פוטנציאל תעסוקה	13	7	6	17	13
בגרות	4	5	3	4	2
אחריות	3	3	3	4	2
אישיות תקינה	3	3	-	3	5
שיתוף פעולה	33	36	27	28	43
אין מניפולטיביות	5	4	-	4	8
מיקוד שליטה פנימי	7	6	2	7	9
יש עניין להיגמל	14	10	21	16	11
יש אמונה בהצלחה	7	6	9	8	5

* ניתן היה לציין יותר מטיפול ותכונה בודדים, לכן האחוזים מסתכמים ביותר מ-100%.

המשך הטיפול

מתוך כ-8,000 תובעים שהופנו אל מרכזי האבחון מאז הקמתם ועד אמצע שנת 1997 למעלה מ-5,000 אובחנו כמתמכרים ויותר מ-4,000 נכנסו למערכת הבטחת הכנסה. לחלק הארי מהם – 55% – נקבעה עילת "נרקומניות" כעילה המזכה בהבטחת הכנסה. לוח מס' 23 מציג את התפלגות התובעים שאובחנו במרכז האבחון כמתמכרים לפי עילת הזכאות הראשונה, ובוחן את שיעור המתמכרים שהיו בשיקום בשלב כלשהו ובאיזו מידה חזרו להיות מתמכרים, מאז כניסתם למערכת ועד מחצית שנת 1997.

לוח מס' 24: עילת הזכאות הראשונה של מקבלי גמלת הבטחת הכנסה שאובחנו במרכזי האבחון כמתמכרים (6/88 - 6/97), לפי כניסה לשיקום*

עילה ראשונה	סך הכול		לא היו בשיקום	היו בשיקום	
	מספרים	אחוזים		חזרו כמתמכרים	לא חזרו למערכת
סך הכול	4,124	100	82	6	12
התמכרות לסמים	55	100	82	5	12
אסיר משוחרר	19	100	86	5	9
בלתי ניתן להשמה	12	100	85	5	10
דורש עבודה	4	100	89	7	5
באבחון תעסוקתי	3	100	69	10	21
אם	2	100	74	9	16
אחר	6	100	5	10	10

* עילה בתביעה ראשונה במערכת, כולל עילות לפני האבחון. יש לציין כי חלק מהמתמכרים בכל קבוצה נשרו מהמערכת.

בדיקת תוצאות המשך הטיפול במרוצת השהייה במערכת, העלתה כי 82% מהמקבלים הבטחת הכנסה שאובחנו כמתמכרים מוכרים למערכת כמתמכרים בלבד. יתר 18% שהו במערכת גם כמשתקמים: בזמן הבדיקה 12% שהו ביחידות שיקום שונות, ו-6% אחרים כבר נשרו מהם וחזרו למערכת כמתמכרים.

רוב המאובחנים, 55%, אכן נכנסו לראשונה למערכת בעילת התמכרות. כחמישית מהם קיבלו את הקצבה בפעם הראשונה כשיצאו מבית הסוהר, ובהתייחס לעוד 12% צוינה העילה "בלתי ניתן להשמה" באופן כללי.

על רקע זה כדאי לבחון את המודל אשר פעל בבאר-שבע. בבאר-שבע פועלת עמותה, בה חברים כל הגופים המטפלים בנפגעי סמים – משרד הבריאות, משרד העבודה והרווחה והעירייה. היא מפעילה מרכז הכולל יחידות אבחון טיפול ומעקב לסוגיהם השונים, והמקיף את רוב המכורים בעיר ובסביבתה. מודל זה מאפשר לא רק לחסוך עריכת אבחון והערכה מחדש כאשר מטופל מסוים נודד בין יחידות טיפול שונות, אלא אף לעקוב באורח מתמיד איר כל המכורים ולדעת מיד על מכורים חדשים, נושרים, שמצבם הידרדר וכן הלאה. במובן הזה אין זה משנה מהי היחידה שדרכה נכנסו למערכת ועל כולם למלא אותם תנאים של שיתוף פעולה עם המטפלים, בהתאם למצבם הגופני והנפשי.

כלילת כל חלקי המערכת במסגרת מסודרת ואחידה מאפשרת:

- התאמת הטיפול החולם ביותר לצורכי המטופל ויכולתו;
- מעקב והשגחה צמודה על המתמכר;
- תמיכה ברגעי משבר עוד לפני שמצב המתמכר מידרדר ומניעת נשירה;
- הערכה מחדש והכוונה מחדשת ליחידת טיפול החולמת את מצבו וצרכיו;
- הפניית המטופלים ליחידות לפי מספר המקומות ורשימות המתנה;
- בחינה לאורך זמן הנעשית על ידי אנשי מקצוע של שאלות הקשורות ליעילות מערכות שיקום שונות, צורת עבודתן, התאמת פרופילים של מתמכרים למסגרות שונות וכו'. מחשוב המערכת הוא כמעט תנאי הכרחי לקיום משימותיה. מודל כזה, אם ייושם בכל ישוב, יעלה ללא ספק את יעילות ואת איכות הטיפול במתמכרים.

ס י כ ו ם

קבוצת המקבלים גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות לסמים מונה בסך הכל 5% מכלל מקבלי הגמלה. קבוצה זו מהווה חלק מ"הגרעין הקשה" של מקבלים הנשארים במערכת תקופה ארוכה: השהות הממוצעת של המקבלים גמלת הבטחת הכנסה היא כשנתיים וחצי, ואילו השהות הממוצעת של המתמכרים היא יותר משלוש שנים.

בין השנים 1994 ו-1996 גדל מספר המקבלים גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות ב-7.9%, (מספר כל המקבלים הבטחת הכנסה גדל ב-17% יותר), ושיעור הזכאים בהם שנמצאים במסגרת של גמילה או של שיקום גדל מ-25% ל-32%. יש הבדלים בין הסניפים בשיעור המתמכרים הנמצאים במסגרת שיקומית, הבדלים המשקפים את דפוסי העבודה השונים בסניפים אלה. בחיפה ובאר שבע, למשל, שיעור המתמכרים בשיקום הינו כמעט כפול מזה שבסניפים אחרים. זאת - בשל העובדה שבשני סניפים אלה מחייבים את הזכאים להיכנס למסגרות שיקום, ואילו בשאר הסניפים, התובעים שזכאותם אוששה באבחון במרכז האבחון ביפו, אינם מחויבים להימצא במסגרת שיקומית כלשהי. על רקע הבדלים אלה בשיעור המשתקמים הוחלט לבחון את הפוטנציאל השיקומי של המתמכרים המאובחנים על ידי מרכז האבחון ביפו, הן על פי הערכתם העצמית והן על פי הערכות אנשי המקצוע במרכז האבחון האחראים על אבחון התובעים. לאור הממצאים אפשר לבחון את מדיניות הסניפים מתוך מגמה לקבוע סטנדרטים אחידים.

שיעור גבוה של המתמכרים אינו מצליח, וברובו הגדול אף אינו מנסה להיגמל. ואמנם, מדובר באוכלוסייה במצב קשה בעלת פוטנציאל שיקומי נמוך: על פי הערכת אנשי המקצוע ל-11% בלבד יש פוטנציאל גבוה לגמילה; ל-33% יש כוחות מסוימים לגמילה ושיקום ורק ל-6% יש ממש כוחות הדרושים לכך.

כאשר בוחנים את אפיוני כלל המתמכרים ניתן לראות שיעור גבוה של חסרי השכלה או של בעלי השכלה של עד 8 שנות לימוד (57%); שיעור גבוה של רווקים או של פרודים (58%); 73% ילידי הארץ, 70% בניס למשפחות מרובות ילדים. כמחצית מהמתמכרים גויסו לצבא, ורק פחות ממחציתם סיימו את השירות הצבאי. 66% מן המאובחנים עבדו לפני שהחלו לקבל את הגמלה, אך רק 21% הצהירו על עיסוק מקצועי (לעומת עבודה מזדמנת או בלתי מקצועית).

קבוצות בעלות פוטנציאל גבוה יותר לגמילה, היו מתמכרים, שיש להם אחת או יותר מהתכונות הבאות: רמת השכלה של 11-12 שנות לימוד; מוצא צפון אפריקני לעומת דור שני של ילידי הארץ, אסיה או אירופה; נשואים; גיל 35-39; מילוי שירותם בצבא; עבר של 3-5 שנות עבודה בעיסוק בעל אופי מקצועי. בקבוצות אלה גדולים יותר שיעור המנסים להיגמל וכן שיעור אלה שהיו בשיקום ולא חזרו לשימוש בסמים (לפחות עד מועד הבדיקה). גם מתמכרים שהשתמשו פחות שנים בסמים נטו יותר לקבל המלצות לגמילה ושיקום.

קשר חיובי חשוב נמצא בין רמת המוטיבציה לבין המלצות לטיפול ממושך ואשפוז. טיפולים אלה מבטיחים הצלחה בגמילה יותר מאשר טיפול פסיכו-סוציאלי בלבד. נמצא כמו כן שכאשר רמת המוטיבציה נמוכה גם לא ניתנת המלצה מפני שאין מקום לשיקום, או המלצה לטיפול במתדון, שהם בדרך כלל רק הרע במיעוטו.

רוב המתמכרים החלו להשתמש בסמים בגיל צעיר – לפני גיל 20. מאלה שהשתמשו אי פעם בחשיש – 41% החלו לפני גיל 15, ועוד 45% החלו להשתמש בגיל 16-20, כלומר 86% מצרכני החשיש החלו להשתמש בו לפני גיל 20. מאלו שהשתמשו במתדון, בקוק פרסי או בקריסטל כ-30% החלו את השימוש בהם לפני גיל 20.

כמתצית המתמכרים דיווחו על קבלת טיפולי גמילה שונים בעבר, כולל טיפול תרופתי, טיפול פסיכו-סוציאלי או פסיכיאטרי, אחזקת מתדון, ולרוב – מה שכונה בניהם "טיפול עצמי". כמתציתם התנסו בטיפול אחד, והיתר בשניים עד ארבעה ניסיונות טיפול. רובם נשארו נקיים עד שישה חודשים, ורק 6% החזיקו מעמד יותר משנתיים. כאשר הטיפול במתדון איפשר תקופה ארוכה יותר של אי שימוש בסמים.

עם זאת, כאשר נתבקשו אנשי המקצוע שאבחנו את המתמכרים לתת המלצה על מסגרת טיפולית הולמת, ציינו עבור 19% בלבד מהמתמכרים שאין כלל מקום לנסות שיקום או טיפול כלשהו. לשליש ממספר המאובחנים הכללי לא ניתנו כלל המלצות מסיבות שונות. למתמכרים שגילו רצון להיגמל נתנו המלצות רבות יותר, יחסית, לטיפול ממושך או אשפוז.

מרכז האבחון וההכוון ביפו, האחראי לאבחון תובעי הגמלה כמתמכרים, מרכז יותר משמונה שנים מידע רב על התובעים: מאפיינים פסיכו-סוציאליים, רפואיים, היסטוריה אישית, הערכה והמלצות לטיפולים. חומר זה, ברובו הגדול, אינו מנוצל דיו לא לטובת המאובחנים - גמילתם, שיקומם והוצאתם מן המערכת, ולא לעזרת המערכת בקביעת מדיניות ובתכנון יחידות טיפול והזרמה נכונה של האנשים בזרועות המערכת.

יתכן כי יש מקום ליתר תיאום ואינטגרציה בין המידע האבחוני והמידע השיקומי לגבי המתמכרים. המוסד לבטוח לאומי אמנם אינו מוסד טיפולי, ותפקידו להבטיח אמצעי קיום לזכאים, אולם, מרכז האבחון וההכוון יכול לשמש היות יחידה מרכזית של הכוונה ומעקב, והמידע הנצבר בו במשך השנים, הכולל את כל האבחונים והמהלכים שעובר הזכאי, הן בעילת התמכרות והן בעילת שיקום, יכול לסייע לתכנון תוכניות שיקום וגמילה. לשם כך יש צורך בשיתוף פעולה עם יחידות הטיפול של משרדי הבריאות והרווחה, ובהעברת מידע על האבחון, על ההערכה ועל תוכנית הטיפול שנקבעה לזכאי, סמוך להיכנסו למסגרתם.

בתנאים כאלה יוכל המרכז לתת תמונה שלמה של מצב מתמכרים, של מצב יחידות הטיפול (קיבול, זמן המתנה, הלימה והתאמה למצבים ולסוגי מתמכרים מסוימים), ולשמש מרכז למעקב ולהערכה שישמש את המטופלים ואת יחידות הטיפול גם יחד. מבנה כזה מוצע גם על ידי המרכז האירופי לסמים והתמכרויות, הקובע בדו"ח השנתי (1995) שעל כל מדינה להקים יחידה מרכזית לתיאום מדיניות הסמים והתמכרויות של משרדי הממשלה השונים ולתיאום בין משרדים אלה לבין עצמם וביניהם לבין מוסדות השלטון המקומי. על מרכז כזה לאסוף את המידע ברמה הארצית, כך שאפשר יהיה להיעזר בו בטיפול המתמכרים: אם במלחמה במחלות זיהומיות מדבקות, אם בהתאמת הטיפולים בסוג ובכמות כנדרש, אם במניעה וכו'. כל זאת כחלק מן המלחמה המתמשכת בסמים ולשם עזרה למשתמשים בהם.

ביבליוגרפיה

בורגנסקי, א., (1994). מיקוד שליטה, נזירותיות ואקסטרוברטיות בקרב מתמכרים לסמים בישראל. אוניברסיטת בר אילן, ישראל.

בר-המבורגר, ר., לויט, ש., בן-לוי, א. (1997). השוואת האוכלוסיה המטופלת במ.מ.י בפועל לאוכלוסית מטופלי הגמילה. הרשות למלחמה בסמים, ירושלים.

בר-המבורגר, ר., רהב, ג., טייכמן, מ. (1995). דו"ח מחקר מסכם: השימוש בחומרים פסיכואקטיבים בקרב תושבי מדינת ישראל 1995. מחקר אפידמיולוגי 3. הרשות למלחמה בסמים, ירושלים.

הרון, ת., (1990). מרכז אבחון למתמכרים, יוני 1988 - דצמבר 1989. סקר מס' 71, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

הרון, ת., (1994). אבחון תובעי גמלת הבטחת הכנסה בעילת התמכרות 1988-1993. סקר מס' 116, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

הרון, ת., גאליה, א., (1996). סקר מתמכרים לסמים או לאלכוהול המקבלים גמלת נכות. סקר פנימי, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

לוונטל, א. מיכאל א. חאזם ח., (1993). "מאפיינים התורמים להצלחת תכניות גמילה תוך ביתית", חברה ורווחה, יג' 2, 1993, 117-128.

לוונטל א. יעקובי, צ. (1997). טיפול מוקדם במתדון – האם הוא משפיע על הסיכויים לסיים בהצלחה תהליך דה-טוקס באשפוז שנועד לגמול מסמים אופייטים? - מחקר גישוש. חברה ורווחה יז', 4, 441-448.

מורגנשטיין, ב., הרון, ת., זיפקין, א., (1997). תובעים וזכאים במערכת הבטחת הכנסה 1988-1995, סקר מס' 145, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

עמרם י., (1997). מצבם של המכורים לסמים בישראל, מספרם, מאפייניהם ותהליך התמכרותם. הצעת מחקר. הרשות למלחמה בסמים, ירושלים.

קידר ת., (1993). אפיוניהן של נשים מכורות לאלכוהול וסמים. עבודת גמר, אוניברסיטת תל אביב.

שופמן, א.נ., ויצטוס א., בר-אילן, י.ק., (1991). הניעה (מוטיבציה) להתמכרות ולגמילה מסמים. מיתוסים מול תוצאות. הרפואה, עיתון ההסתדרות הרפואית בישראל, 120 א', תל אביב.

1995 Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union (1996). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Portugal 1996.

Clayton R. R., Voss H.L., Robbins C., Skinner W.F.(1986). "Gender Differences in Drug Abuse: An Epidimiological Perspective", In B.A. Ray , M. C. Braude, Women and Drugs : A New Era for Research (pp 80-99). U.S.A . : NIDA.

Ditton J., Hammersley R., (1994). The Typical Cocaine User, In Druglink Vol .9 issue 6, 11-14. Isdd London 1994.

Lexnberg M.G., Christensen M., Betzner A.E., Reiney J., (1996). Chemical Dependency Treatment Programs in Minnesota. Minnesota Department of Human Services.

Miller W.R., Sovereign R.G.(1988). "Motivational Interviewing with Problem Drinker's Check-up as a Preventive Intervention", Behavioral Psychotherapy, 1988,16, 251-268.

Stark M.J. (1989). "A Psychoeducational Approach to Methadone Maintenance Treatment", Journal of Substance Abuse Treatment Vol. 6, 169-181, U.S.A.



**NATIONAL INSURANCE INSTITUTE
ISRAEL
Research and Planning Administration**

**Entitlement to Income Support Benefit
Among Drug Addicts
and Recommendations for their Rehabilitation**

**by
Tamar Haron**

Jerusalem, July 1998

Abstract

About 5% of all recipients of income support benefit from the National Insurance Institute of Israel receive this benefit on the grounds of drug addiction. This group constitutes the "hard core" of recipients, who remain in the income support system for a long period of time.

A high rate of drug addicts does not succeed in kicking the habit – and for the main part does not even attempt to do so. This is a difficult population group with a generally low rehabilitative potential; according to professional estimates, only about 11% have a relatively high rehabilitative potential. It is estimated that 33% have a certain degree of rehabilitative capacity, while only 6% have the full capacity required for rehabilitation.

The Diagnostic Center in Jaffa, responsible for diagnosing benefit claimants as drug addicts, has been gathering extensive information on claimants for over eight years. This information includes psychosocial and medical characteristics, personal history, evaluation and recommendations for treatment. Most of this material is not fully utilized for the benefit of the addicts – in order to help them become rehabilitated and leave the system – nor is it adequately utilized for the determination of policy, planning treatment units or to regulate the proper flow of people within the bureaucracy.

This publication, which presents processed data selected from the wealth of data gathered by the Diagnostic Center, suggests the use of this available information by means of cooperation between the various bodies dealing with drug addicts, as part of the continuing struggle against drugs and with the ultimate goal of helping the addicts extricate themselves from their state of addiction.

ניתן להזמין פרסומים במוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון,
שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, טל. 6709579 (02)