

## ועדת גורן

פרוטוקול

ישיבת אחה"צ, יום 4.3.2010

**נוכחים:** חברי הועדה:

כב' השופט (בדימוס) אורי גורן, יו"ר הועדה

כב' השופט (בדימוס) ד"ר גבריאל קלינג

מר אביגדור קהלני

פרופ' ערן דולב

גב' אסתר דומיניסיני

מר עוזי לוי

פרופ' יוסי תמיר

מרכז הוועדה: מר אביהו דיסטלמן

משקיף מטעם משהב"ט: גב' נחמה פרלמן

משקיף מטעם משרד האוצר: מר מאיר בינג

משקיף מטעם צה"ל: מר יצחק פוקס

הופיע בפני הוועדה: ד"ר חיים קנובלר, פונה מן הציבור

נוכחים נוספים: מר זאב ויסמן - סגן ראש אגף שיקום נכים

גב' הלן מור- יועצת משפטית, במשהב"ט

מר זאב פיינר- דובר הוועדה

גורמים נוספים

**הופעתו של ד"ר חיים קנובלר (פונה מן הציבור), בפני חברי הוועדה**

א. גורן, יו"ר: ד"ר קנובלר, פונה מן הציבור אבל אני מבין שאתה מילאת תפקידים מאוד חשובים בעבר, וביניהם הפסיכיאטר הראשי של צה"ל. תודה רבה שבאת, ומי שהמליץ מאוד מאוד על הופעתך בפנינו, זה פרופ' ערן דולב שאומר שתוכל להאיר את עינינו. אנחנו מודים לך שבאת.

ד"ר חיים קנובלר: תודה על ההזמנה להופיע בפני הוועדה, ועל-מנת להישמע מתון, אני אקריא את הדברים מהכתב.

עוד לפני שחרורי מצה"ל, מתפקיד ראש מחלקת בריאות הנפש ובעיקר אח"כ, דהיינו משנת 2005, הופתעתי לגלות את הפער הבלתי מובן בין רמתה המקצועית של מחלקת בריאות הנפש בצה"ל והישגיה הרבים, לבין הטיפול הניתן לנפגעי הנפש באגף השיקום - ובשמו הנוכחי: אגף שיקום נכים במשהב"ט.

על רקע זה, הצטרפתי לחברים הכואבים פער זה כמוני, להקמת העמותה לקידום נפגעי תגובות קרב שיו"ר שלה, הוא אל"מ בדימוס אורי סגל, מוותיקי ענף הנפגעים בצה"ל, ויועצה המשפטי הוא סא"ל מיל. שלומי ציפורי, שניהם יוצאי גדול 82 של מלחמת יום הכיפורים.

אבל אני מדבר בשמי ועל סמך ניסיוני, החל מחובש במלחמת יום הכיפורים, רופא בשריון במלחמת לבנון הראשונה, מפקד קורס קציני הרפואה, מפקד פלוגת רפואה, מתמחה ומשתלם בפסיכיאטריה מטעם צה"ל ומי שעשה את התפקידים המרכזיים של פסיכיאטר במחלקת בריאות הנפש בצה"ל, כולל ראש המחלקה.

ולכן ברצוני למקד את דבריי בשתי אוכלוסיות עיקריות, אשר טיפול אגף השיקום לא רק שאינו מיטיב את מצבן אלא מזיק

לו, ולהציע הצעות שאני לא בטוח שייראו לכם בשלב הזה, אבל אני די משוכנע שבסופו של דבר, עם השנים, תתקבלנה. שתי האוכלוסיות הן: נפגעי מחלות נפש בעת השירות הצבאי ונפגעי תגובות הקרב.

על-מנת להבין את הפער בין יחס מחלקת בריאות הנפש וחיל הרפואה בצה"ל לחיילים אלה, ליחס אגף השיקום, יש להזכיר ולו בקיצור, את הטיפול לו הם זוכים בצה"ל. מזה עשרות שנים, ובאופן בולט מאז הקמתה כמחלקה לפני למעלה מ-30 שנים (ע"י היושב לימין יו"ר הוועדה), קידמה מחלקת בריאות הנפש, את המיון הנפשי לפני השירות ובמהלך השירות, תוך שילוב מקצועי עם מחלקת מדעי ההתנהגות באכ"א – מנד"א.

כמו כן, קידמה את הטיפול הנפשי הניתן לחיילים וחיילות, בשירות חובה קבע ומילואים, בהסתמך על הכשרת קציני בריאות הנפש – הקב"נים או הקפ"סים, כפי שהם מכונים בזרועות – אנשי מקצוע, שמומחיותם מתגבשת בתהליך ייחודי תוך שנות הכשרה רבות. המקצוע הזה, קב"ן, קיים רק בצה"ל.

השיפור המתמיד במיון ובטיפול, גם בשעות חירום, בתחום תגובות הקרב, תוך פיתוח שיטות מניעה של תגובות קרב, הביאו בין השאר לתוצאות משמעותיות, ביניהם יש למנות את הירידה הניכרת בשיעור של האשפוזים הפסיכיאטריים של חיילים מ-300 בממוצע, בתחילת שנות ה-80 עם הקמת המחלקה, לכ-200 מאז תחילת שנות ה-90, וזאת על רקע הגידול המשמעותי בסדר הכוחות של צה"ל. זאת ירידה של לפחות 50%, זה דבר שלא תואר בשום מקום בצבא אחר.

א. גורן, יו"ר: האישפוז הוא במוסדות צבאיים או מחוץ לצבא?

ד"ר חיים קנובלר: אין לצה"ל מחלקות פסיכיאטריות. האישפוז הוא רק במוסדות אזרחיים.

פרופ' ערן דולב: יש בתי חולים מסויימים שהצבא עובד בהם, בתי חולים משולבים.

ד"ר חיים קנובלר: תוצאה שניה של השיפור, הוא זיהוי יחידות בסיכון להתפתחות תגובות קרב, ואבחון מהיר ומיידי של תגובות קרב, עם צמצום הפער באבחנה ממספר שנים במוצע (כמו שהיה בעבר), לאבחנה מיידיית כמו שנעשתה למשל, במלחמת לבנון השנייה.

הישג שלישי, שגם כן צריך להזכיר אותו, הוא ירידה ניכרת בשיעור ההתאבדויות של חיילים בצה"ל.

ניתן היה לצפות, שהידע שהצטבר בתחומים האלה בצה"ל, ינוצל להמשך שיקומם של חיילים אשר נותרו נכים בנפשם בשל שירותם הצבאי.

אני רוצה לעמוד על הבעיות שקיימות, בגלל ההעברה שלהם לאגף השיקום ואתחיל בשיקום החיילים אשר לקו בשל שירותם הצבאי, במחלת נפש.

עבור חלק ניכר מהחיילים, השירות הצבאי מכיל גורמי לחץ מובהקים, הגורמים להפרעות הסתגלות וזה לעשרות אחוזים מהחיילים המתגייסים. רוב החיילים האלה, יעברו את השירות בשלום, בחלק מהמקרים תוך קבלת סיוע מקציני בריאות נפש. חלק קטן יותר, ישוחררו שחרור רפואי נפשי מהשירות.

יש לזכור, שרק צה"ל מגייס מראש גם חיילים עם בעיות נפשיות וגם חיילים עם נתונים נמוכים, שבצבאות אחרים אין מגייסים אותם.

בשל הלחצים הניכרים של תחילת השירות, כל ההפרעות

הנפשיות מופיעות בשיעור ניכר בשנת השירות הראשונה, ועוד יותר בחצי שהשנה הראשונה. בשל כך, אכן מוצבים קציני בריאות נפש בכל בסיסי הטירונים ובמרבית בסיסי ההכשרה.

כאמור, מרבית ההפרעות הינן הפרעות הסתגלות חולפות המופיעות אצל אלפים רבים של חיילים, כל שנה. כל שנה מחלקת בריאות הנפש בצה"ל, בודקת כ-20 אלף חיילים ויותר.

לעומת זאת, שכיחות פריצת מחלות נפש אצל חיילים, היא נדירה. היא עומדת כיום על פחות מ-1% מכלל כל החיילים הנזקקים לבדיקה ולטיפול של מחלקת בריאות הנפש. שכיחות ההתאבדויות, דרך אגב, קטנה בסדר גודל נוסף. בשל ההבנה, כי כמעט בכל המקרים מחלת נפש פורצת אצל חיילים בשל לחצי השירות הצבאי, ובשל ההבנה שלא ניתן באף מקרה להוכיח, כי לחצי שירות לא תרמו תרומה משמעותית לפריצת מחלת הנפש, הציע חיל הרפואה כבר לפני כ-20 שנים למשהב"ט, להכיר בכל החיילים שלקו במחלת נפש במהלך שירותם, 'הכרת חסד' לצורך הכרה בנכותם. זה עדיין לא קרה!

מתוך ההבנה הזאת ועל-מנת להבטיח את רציפות הטיפול במקרים של חיילים שלא החלימו ונזקקים להמשך טיפול ולשיקום (ופה מדובר במספר של עשרות חיילים בשנה), קיימת הנחיה בחיל הרפואה, מזה למעלה מ-15 שנים, כי אין לשחרר מהשירות חייל או חיילת שלא החלימו ממחלת נפש, לפני שמקבלים עבורם אישור לטיפול זמני מאגף השיקום. כך אין מאפשרים לחיילים האלה, בשירות החובה, שמשוחררים מהשירות שחרור רפואי נפשי בשל פריצת מחלת

נפש, אין מאפשרים להם לגשת לוועדה רפואית, על-מנת להשתחרר מצה"ל, לפני שמשרד חיל הרפואה שמטפל בהם, משרד רם 2, משלים את תהליך קבלת ההכרה הזמנית, לצורך טיפול מטעם משהב"ט.

ואולם, מסתבר כי תהליך ההכרה במשהב"ט אינו מתאים במקרים האלה, ממספר טעמים: הטעם הראשון הוא אי הבנת גורמי הדחק בשירות הצבאי, וההנחה שלא תמיד הם הגורמים למחלה.

בחלק מהמקרים, משהב"ט אינו מקבל את ההבנה כי המחלה נגרמה בשל לחצים בשירות הצבאי. זאת, כאשר מומחים בפסיכיאטריה מטעם המשרד, מתעלמים מגורמי דחק משמעותיים בשירות החיילים. במקרים אלה, החיילים המסוגלים להמשיך בתהליך, ממשיכים בערעור ופונים לוועדות משפטיות, וכאמור גם לבתי משפט מחוזיים על-מנת לנסות ולהביא להכרה בנכותם.

מאחר שאין כל קשר, בין מומחי משהב"ט לבין מומחי מחלקת בריאות הנפש בצה"ל, נוצר מצב בו חיילים שהופנו לאגף השיקום ע"י מומחי חיל הרפואה, 'נהדפים' (במרכאות או לא במרכאות) ע"י מומחי האגף. יש לזכור, כי בעת האשפוז הפסיכיאטרי, מנסים החיילים ובני משפחותיהם לשכנע את המטפלים, כי ביכולתם לשוב ולשרת בצה"ל. לצורך זה הם ממעטים בדיווחים על גורמי הדחק בהם נתקלו בעת השירות.

כמו כן, יש לזכור שבעת הגשת התביעה הראשונית, לפני השחרור מצה"ל, החיילים הנפגעים נמצאים מטבע הדברים, במצב נפשי מעורער וגם בני משפחותיהם מצויים במצב משברי.

בכל אלה, מסתייעים מומחי אגף השיקום, להדיפת התביעה, שכאמור מוגשת בשל הבנת צה"ל, כי יש להכיר בחייל כנכה. נראה כי אגף השיקום, מנסה להדוף באופן כמעט אוטומטי, כל תביעה להכרה של חיילים כאלה. זאת, במקום להיערך באופן פעיל ויעיל לשיקומם של אותם עשרות חיילים המשוחררים כל שנה משירות חובה בצה"ל, בשל פריצת מחלת נפש והזקוקים, בשלב זה, לטיפול ולשיקום על-מנת למנוע נכות לכל חייהם.

מספרם של המשרתים בשירות קבע המשוחררים שחרור רפואי נפשי מצה"ל, אחרי פריצת מחלת נפש, והמופנים לאגף השיקום, הינו קטן ביותר. אפשר לספור את המקרים האלה על אצבעות יד אחת כל שנה.

גם במקרים אלה, נתקלו פונים בניסיונות הדיפה של אגף השיקום, למרות המלצות מפורשות להכרה בנכותם של מטפלי מרפאות הקבע של מחלקת בריאות הנפש בחיל הרפואה.

הטעם השני שהתהליך הזה לא מתאים לחיילים האלה, הוא דחיית התהליך השיקומי. במקום להימצא בתהליך שיקומי, החיילים המשוחררים בשל פריצת מחלת נפש, מוצאים את עצמם נאבקים במשהב"ט בתהליך שהוא הרבה פעמים מסובך; נזקקים לעזרת עו"ד ופסיכיאטרים מומחים מטעמם, ובמקרים רבים מוותרים על זכויותיהם ואינם נמצאים בטיפול כלל.

זאת בתקופה שהיא הקריטית ביותר מבחינת הטיפול והשיקום. התקופה שבה יש לטפל בחיילים מהמשוחררים האלה, בצורה אינטנסיבית ולנסות להביא להחלמתם המלאה ולשיקומם המלא. בנוסף לכך, ההופעה בפני בודקים, בפני

וועדות משפטיות ובפני בתי משפט, הינה טראומטית עבור חלק גדול מהחיילים.

דבר נוסף, באופן רוטיני הוועדות הרפואיות מטעם אגף השיקום, קובעות את נכותם של נפגעי הנפש כנכות זמנים למשך שנתיים.

בקביעה זאת קיים מסר סמוי – או גלוי – עבור הנפגעים, כי אם יחול שיפור במצבם במשך השנתיים הראשונות הללו, ייפגעו זכויותיהם בשל ירידת שיעור נכותם. מצב שלא מקביל לנכות הגופנית, מאחר ששם הנכות בדרך כלל גבוהה.

מצב זה, הינו הפוך מהרצוי, כניסת החיילים הללו לתהליך שיקומי מואץ, שמטרתו להביא לרמיסיה, להבראה מלאה ומהירה. דחיית השיקום במשך השנתיים הראשונות, עלולה להפוך את החיילים האלה לנכים כרוניים, ויש לזכור שמחלת הסכיזופרניה, מחלת הנפש העיקרית שפורצת בגיל שירות החובה, הופכת לכרונית לאחר שנתיים מהופעתה.

טעם שלישי לאי-התאמת התהליך לחיילים כאלה, היא שהתהליך הכי פחות מתאים למקרים הכי יותר קשים. במקרים רבים, דווקא החיילים הזקוקים ביותר לטיפול ולשיקום, לא יקבלו אותו, הן בשל ניסיונות ההדיפה של אגף השיקום ובעיקר, מכיוון שהמשך התהליך תלוי בהם.

כלומר, אם הם לא ימשיכו בתהליך ההכרה – למשל אם לא יגיעו לבדיקה אצל מומחה מטעם משהב"ט, התהליך יוקפא. כאן יש לזכור, כי חלק מהחיילים האלה הם פסיכוטיים או פרנואידיים, או שניהם. כלומר, שמנותקים מהמציאות, ו/או סבורים כי הם נרדפים.

כמו כן, חלקם סבורים, בכלל, כי הם בריאים בנפשם ולא צריכים כל טיפול.



מסיבות אלה, קיים סיכוי שדווקא החיילים החולים יותר, ביחוד אם אין להם משפחות תומכות הדואגות לענייניהם, הן אלה שלא יזכו להכרה מטעם משהב"ט.

כמו כן, בחלק ניכר מהמקרים, נראה כי חלק מהוועדות הרפואיות מטעם אגף השיקום, 'מתחשבות' עם הנפגעים וקובעות להם שיעורי נכות באופן תמוהה, וזאת על רקע דעתם של חבריהם כי השירות הצבאי אינו גורם לתחלואה נפשית, או מסיבות אחרות.

כך, למשל, נקבעה לאחרונה נכותו של חייל שהוכר כמי שלקה בשל שירותו, בסוג הממאיר ביותר של סכיזופרניה (מה שקרוי סכיזופרניה הברינית) שאומר, פחות או יותר 100% נכות. נכותו הוכרה ע"י וועדה רפואית של משהב"ט, כנכות של 30% בלבד!

הטעם האחרון שהשיקום שמוצע לחיילים האלה אינו מתאים, הוא היעדר מסגרות לשיקומם. לאגף השיקום אין מסגרות שיקומיות משלו, המותאמות לשיקום חולי נפש. כך, למעשה, לחיילים המשוחררים בשל פריצת מחלת נפש, אין כמעט מסגרות המתמחות בשיקומם. המסגרות השיקומיות המטפלות באזרחים, מותאמות ברובן לחולי נפש הסובלים ממחלה ממושכת בעוד שהחיילים המשוחררים, זקוקים להמשך טיפול במצב חריף ולשיקום שונה, שמטרתו לא תמיכה בנכים, אלא מניעת נכות. ולכן, התהליך גם כן אינו מתאים להם.

זה לגבי הנושא של חיילים שלוקים במחלות נפש, עקב שירותם.

הנושא השני, שיקום נפגעי תגובות הקרב. כאן מדובר בכשלים בטיפול אגף השיקום לא רק בחיילים משוחררים,

אלא גם בכשלים בשיקומם של אנשי כוחות ביטחון נוספים, הסובלים מתגובות כאלה, כאשר בעשור האחרון בולטים אנשי המשטרה – בתוכם, בעיקר חבלנים ואנשי המז"פ, בעיקר אלה שטיפלו בנפגעי הפיגועים הגדולים ונחשפו הן לסכנה אישית מוחשית והן למראות זוועה קשים ביותר. מספר נפגעי תגובות הקרב המוכרים כנכים, עד היום, הינו קטן משמעותית מהמספר הצפוי. זאת ממספר טעמים:

א. בדומה למה שקורה אצל הנפגעים במחלות נפש, הנפגעים שמצבם קשה ביותר וביחוד אלה שאין להם משפחה תומכת ובעלת אמצעים, מתקשים לעמוד על זכויותיהם. לכן נמצא כי בניגוד למתואר באוכלוסית נכי תגובות הקרב בארה"ב למשל, מרבית נכי תגובות הקרב המוכרים בישראל, הינם בעלי משפחות. זה מעיד על כך, שחלק גדול מהנכים הקשים שהם לא בעלי משפחות בגלל נכותם, אינם מוכרים כנכים;

ב. קיימת עדיין סטיגמה חברתית כלפי נפגעי תגובות הקרב. יש שיפור גדול בתחום, אבל עדיין קיימת סטיגמה המשפיעה על נפגעים אשר מתביישים להגדיר עצמם כלוקים בתופעה;

ג. לא קיים תהליך של חיפוש ואיתור נפגעים, ולהיפך, ניסיונות אגף השיקום להדוף פניות להכרה, גורם לרתיעה של נפגעים מלהגיש תביעות להכרה.

לעומת זאת, במחלקת בריאות הנפש בצה"ל, פועלת מתחילת שנות ה-80 היחידה לטיפול בנפגעי תגובות קרב. מטרת היחידה אשר הוקמה ופועלת במימון אגף השיקום, היתה כפולה: לתת טיפול יעיל ומיטבי, וע"י כך למנוע נכות. בשל כך, נתנה אפשרות לכל מי שנפגע בנפשו בשירות קרבי בצה"ל, לפנות לטיפול היחידה ולהישאר בטיפול ללא הגבלת זמן. כך טופלו למעלה מ-2,000 נפגעים, רובם נפגעי מלחמת יום

הכיפורים ומלחמת לבנון הראשונה. מצב זה נמשך עד לשנים האחרונות, בהן, משום מה, הוגבלה תקופת הטיפול ביחידה הזאת לשנה-שנה וחצי, זאת במקום לנצל את גוף הידע המקצועי הרב שהצטבר בה ולהרחיב את הטיפול בה, ולאפשר לה לטפל גם בנפגעים מכוחות ביטחון אחרים.

כיום, נפגע שטופל ביחידה וטרם החלים, עלול אחרי שנה וחצי להישלח לטיפול אגף השיקום ואף לא להיות זכאי כלל להמשך טיפול, אם נכותו תוגדר כקלה. במקרה כזה, רק אם מצבו יחמיר, הוא יזכה לטיפול על חשבון אגף השיקום אבל אז זה לא יהיה ביחידה לתגובות קרב.

כשלים נוספים בשיקום של נפגעי תגובות הקרב, הינם:

1. הגדרה חסרה של תגובת קרב. מרבית נפגעי תגובות הקרב סובלים מתסמונת 'ביתר חבלתית', מה שקרוי PTSD, ואולם תיתכנה גם תגובות נפשיות נוספות, כגון הופעה של חרדה ודיכאון ללא סימפטומים של PTSD, לאחר חשיפה לטראומה קרבית. במקרים כגון אלה, קיימת נטיה של מומחי אגף השיקום, שלא לאבחן תגובת קרב. זאת אומרת, אם אין את כל הסימפטומים בשביל לאבחן PTSD עפ"י המדריך המחקרי האמריקאי – לא אבחנתי אפילו, המחקרי – אומרים לנכה: 'יש לך בעיה נפשית שנגרמה בקרב, אבל זה לא תגובת קרב, כי אין לך PTSD'. זאת טעות מקצועית שהפכה להיות נפוצה;

2. אי-הכרה רשמית בנושא של תגובות קרב מושהות. ידוע לנו כבר עשרות שנים, שבחלק מהמקרים תגובות הקרב מחריפות או אף מתעוררות, תקופה ממושכת לאחר טראומה. זה, למשל, תואר היטב בעבודות של פרופ' זהבה סלומון וענף מחקר בצה"ל. המצב הרפואי הזה, מנוגד לכללי ההתיישנות

הנהוגים באגף השיקום, שמתאימים לפציעה גופנית. לכן, כל המגיש בקשה להכרה לאחר 3 שנים ויותר, מהטראומה, עלול לקבל את התשובה כי חלה על העניין התיישנות.

בקשה של העמותה לקידום נפגעי תגובות הקרב, לתיקון הדבר בחוק, הגיעה לדיון בבג"צ, אך כשל זה טרם נפתר באופן מלא;

3. כשל נוסף, הוא הגישה הפרנואידיה ההדדית, כתוצאה ממעקבים סמויים אחרי נפגעי תגובות קרב.

בשנים האחרונות, ארעו מספר מקרים של מעקבים סמויים מטעם אגף השיקום, אחרי נפגעי תגובות קרב שכבר הוכרו כנכים. מצב זה, יצר אצל אוכלוסית הנכים רושם של חוסר אמון והרגשת רדיפה, ומעיד הן על גישת אגף השיקום כלפי הנפגעים, כאל מתחזים, והן על אי-אמון של הנהלת האגף במומחים הפועלים מטעמה, במומחים שאבחנו את מצב הנפגעים ובמומחים שמטפלים בהם.

גם נושא זה טופל משפטית, ע"י העמותה לקידום נפגעי תגובות הקרב וגם הוא טרם בא על פתרונו המלא;

4. כשל נוסף הוא עידוד נכות, במקום עידוד החלמה. ופה, בניגוד למצב בנכויות הגופניות שבהן, ככל שהנכה משתקם יותר, מה טוב, הנכות הנפשית נקבעת עפ"י תפקודו הכללי של הנפגע. כך חוששים נפגעי תגובות הקרב, כי אם יחול שיפור בתפקודם והם יוכלו, למשל, לעבוד עבודה שתפרנס אותם, תוארך נכותם כקלה יותר והם יזכו לקצבת נכות קטנה בהרבה וודאי לא יזכו למענק הניתן לנכים, שאינם מסוגלים לפרנס את עצמם. וכך, לא מעודדים החלמה, אלא להיפך.

מצב זה גורם את עידודם של הנכים נפגעי תגובות הקרב, להישאר בלתי פעילים, לא לנסות לשוב לשוק העבודה וייתכן

שהוא חלק מהגורמים לכך שאין גופים שיקומיים יעילים עבור נפגעי תגובות הקרב.

עוד שני כשלים קשורים בבעיות רפואיות, ולהיפך. כיום, ביחוד מעבודות של הוטרנס אדמיניסטרשן האמריקאי, ידוע כי נפגעי תגובות הקרב סובלים מריבוי יחסי של מחלות גופניות נלוות.

בצבא ארה"ב, הנכים מקבלים טיפול רפואי מלא, גם למחלות הגופניות, בלי שום קשר. ולכן, אין להם בעיה לקבל את הנתונים ולטפל בהם. לכן שם לא נהדפות בקשות לטיפול רפואי בתחלואה נלווית, מאחר שהיא מוכרת ומטופלת ממילא.

בקרב נכי תגובות הקרב באגף השיקום, יש לכן, לערוך סקר של הנפגעים האלה, לגבי תחלואה נלווית גופנית, ולטפל בהם.

בעיה הפוכה היא אבחון חסר של תגובות קרב, בקרב פצועים גופניים. ושוב, מעבודות שנעשו בארץ ע"י הקבוצה של פרופ' אהוד קליין בחיפה: "תגובות קרב הינן שכיחות בהרבה, בערך פי 8, אצל פצועים שנפגעו בקרב, לעומת חבריהם שנלחמו לידם ולא נפצעו. לעומת זאת, רק חלק קטן מהפצועים הגופניים המוכרים באגף השיקום, מאובחנים כסובלים מתגובות קרב. לכן, יש לערוך סקר בקרב האוכלוסיה הזאת, לאבחן את תגובות הקרב בקרבה, ולטפל בסובלים מהם.

לגבי הטיפול בנפגעי כוחות הביטחון האחרים, במחקרים רבים כולל בצה"ל, התברר כי חשיפה לגופות הינה גורם סיכון מובהק לפריצת תגובות דחק. לכן אין זה מפתיע, כי בעשור האחרון רבו מקרים של תגובות כאלה, תגובות פוסט

טראומטיות, לאחר נוכחות אנשי כוחות הביטחון (ביחוד מהמשטרה), בפיגועים טראומטיים ביותר. לאור זאת, הציעה מחלקת בריאות הנפש לגורמים רלוונטיים במשטרה ולאגף השיקום, לתגבר את היחידה לתגובות קרב בצה"ל, ולטפל בה בנפגעי המשטרה. הדבר לא נעשה, וכאמור הטיפול ביחידה הצה"לית אף צומצם בשנים האחרונות. וכאן אני מגיע להצעות שיעניינו אתכם יותר, ואני לא בטוח שתקבלו אותם מיד.

למיטב הבנתי, מטרת הוועדה הנוכחית הינה התייעלות וחסכון; צמצום מושכל בגיבוי ציבורי של הוועדה, על סמך שמיעה של מומחים בתחום, של הזכאויות לטיפול באגף השיקום.

לצערי, המצב המתואר לגבי השיקום באגף, של המפגעים הנפשיים, מביא למסקנות הפוכות. לא ניתן לצמצם את הזכאות לנפגעי הנפש, מאחר שרובם ככולם נפגעו בעקבות שירותם; נפגעי תגובות הקרב נפגעו באירועי לחימה או טרור, וחולי הנפש נפגעו בשל לחצי השירות הצבאי – לחצים שאין להם מקבילים באזרחות, גם למשרתים בשירות קבע, ושנובעים משירות שהינו חובה עפ"י חוק, בשירות החובה והמילואים.

ב. ניתן לצפות לעליה קבועה במספרם של נפגעי מחלות הנפש. יש להבין, כי מדובר בכמה עשרות חיילים בשנה, מספר שהינו קטן יחסית, בגלל עבודת המיון והטיפול הטובה, הנעשית בצה"ל;

ג. ניתן לצפות לעליה משמעותית, במספר נפגעי תגובות הקרב, בשל היציאה הצפויה לגימלאות, של מי שהיו חיילי מילואים צעירים וחיילים בשירות חובה, במלחמת יום

הכיפורים.

כך אירע בצבאות המערב כגון בצבא ארה"ב, כאשר נפגעי מלחמת העולם השנייה הגיעו לגיל הגימלאות; ד. כאמור, יש לערוך סקר לאבחון תגובות קרב אצל נכים, כולל נכים שהחלימו (שאינן להם נכות גופנית כיום), שמספרם גם כן גדול, אשר נפצעו בקרב. ולהיפך, לטפל בתחלואה הגופנית הנלווית, אצל נפגעי תגובות הקרב. (זאת אומרת, מכל הדברים האלה, עושה רושם שאין פה מקום לחסכון גדול ולכן צריך לחשוב, כפי שאומרים, 'מחוץ לקופסה'.  
אגף השיקום, במתכונתו הנוכחית, לא רק שאינו ערוך לביצוע כל הפעולות הללו שהזכרתי, אלא הינו גם חסר מנגנונים ביצועיים, מאחר שהתחום של שיקום נפגעים נפשיים (ואולי גם בתחומים אחרים), כמעט שאינו עוסק בעצמו בשיקום. ואולם, קיימים גופים ציבוריים שיכולים לקחת על עצמם את ביצוע כל הפעולות הדרישות, גופים שלא היו מפותחים, עם הקמתו של אגף השיקום.  
הם יכולים לעשות את זה, ביעילות ובצורה מקצועית וצריך לחשוב על העברת השיקום, לגופים שמומחיותם בשיקום, ולגבי נפגעי הנפש, מדובר במשרדי הבריאות, הרווחה, הביטוח הלאומי.  
לגבי הטיפול הרפואי, כולל בנפגעי הנפש, מדובר בקופות החולים.

אולי זה לא ידוע, אבל במשרד הבריאות משקמים היום כ-15 אלף נפגעי נפש, רובם חולי נפש שסובלים מסכיזופרניה, שחלקם זוכים לדיור מוגן במערכת עניפה של הוסטלים ודיור נלווה, חלקם זוכים לשיקום תעסוקתי וחלקם זוכים גם לדיור וגם לשיקום תעסוקתי – מפעל שיקומי מכובד ביותר,

שכאשר נפגע נפש שהינו נכה משהב"ט מגיע אליו, מאחר שקיצבתו יותר גדולה, הוא מקבל תנאים יותר טובים. אבל השיקום מתבצע שם.

את הטיפול הנפשי לנפגעי תגובות קרב, יש להחזיר למסגרת בעלת המומחיות הרבה ביותר בתחום, היחידה לטיפול בתגובות קרב בצה"ל. יש להחזיר ליחידה את מאפייני הטיפול על-פיהם פעלה: מתן טיפול אינטנסיבי לנפגעי תגובות קרב, על-מנת למנוע את נכותם. לשם כך יש להרחיבה, לפרוש אותה בפרישה ארצית במתקני חיל הרפואה ולאפשר באמצעותה, לנפגעי תגובות הקרב, טיפול ללא הגבלה.

יש לנסות, בכל מקרה, להימנע מקביעת נכות בשלבי הטיפול הראשוניים, ולכן יש לתת אפשרות גם, לנפגעי תגובות קרב שמעוניינים בטיפול לא ביחידה הזאת לתגובות קרב, גם כן לקבל טיפול ראשוני ללא קביעת נכות, על-מנת למנוע נכות במקומות נוספים, שהרי מטרת הטיפול הינה מניעת נכות. אין לי ספק, שלאור ניסיון התקצוב בעבר, מדובר בחיסכון ניכר ביותר, מספר קטן מאוד של מטפלים. כזכור, בתקצוב אגף השיקום, טיפל ביחידה לתגובות קרב באלפי נפגעים – כאשר מאות נפגעים היו בטיפול on line באותו זמן, ואלפים היו קשורים ליחידה, בידיעה שהם יכולים לפנות כל פעם שמצבם מחריף.

אין גם מניעה מצירוף נפגעים מכוחות הביטחון האחרים, הסובלים מהפרעות דומות, כמטופלים ליחידה המורחבת, כמובן תוך דאגה לשמירת הקשר עם מפקדיהם ויחידות המוצא.

האלטרנטיבה הינה הקמת יחידות לתגובות קרב בכוחות



השונים, מה שיהיה קודם כל פחות יעיל, כי אין להם עוד את הניסיון; בוודאי יהיה יותר יקר, מכל הבחינות, כולל התקורה וכו'.

לחיילים שנפגעים במחלות נפש עקב שירותם, יש להקים יחידה מקבילה ליחידה לתגובות קרב, בפרישה ארצית, שתאפשר טיפול הולם בהם, אחרי פריצת מחלת הנפש בעת השירות ועד לסיום התפר של העברתם המלאה לטיפול ולשיקום אזרחי, תוך הפניה לגופים האזרחיים המתאימים, כאמור עד לקליטה המלאה שלהם. בכך תימנע נכות ותחסכנה קצבאות נכות שלמות רבות ביותר. במקום שהחיילים האלה יפלו בין הכיסאות וחלקם יהפכו לנכים, את התקופה הקריטית הזאת צריך לנצל לשיקומם וכפי שהסברתי היום, זה לא מתבצע.

מדובר בעשרות מטופלים בשנה, ולכן מדובר מבחינה זאת, בתקצוב קטן מאוד מול חיסכון עצום בשנות קצבה, בכל חייל וחייל שלא יהפוך לנכה. כמובן שמדובר גם בחיסכון של הסבל של החיילים ובני משפחותיהם, אלה שכן הופכים לנכים.

אין צורך לפגוע בקיצבאות הנכות או בתנאים הניתנים לנכים הנפשיים. גם ההצעה, למשל, לחסוך במתן רכב לנפגעי תגובות קרב, מעידה על מעט חוסר הבנה מקצועית. שהרי נפגעי תגובות קרב רבים, סובלים ממה שקרוי סימפטומים המנעותיים קשים. הם נמנעים מלהיכנס לקהל, הם נמנעים לשהות במקומות הומים, הם מעדיפים לנסוע לבדם ולא בשעות העומס. וכאמור, הם לא עושים יותר תאונות דרכים מאחרים, אלא כנראה להיפך.

החיסכון שייגרם מעבודה רפואית ושיקומית נכונה, יתרום

יותר מקיצוצים מיותרים, שיפגעו בנכים. אבל חיסכון ניכר, ייגרם גם מהפעולה ההגיונית ביותר, שהוועדה יכולה להמליץ עליה - אם היא תקבל את דעתי שפעולת אגף השיקום לא רק שלא עוזרת, אלא אפילו מזיקה לנכים – והיא ביטול אגף השיקום. ואני לא צוחק, אני חושב שהגיע הזמן לחשוב בצורה רצינית ויסודית. מאחר שאגף השיקום אינו עוסק למעשה, בעצמו בשיקום, ועיקר תפקידו הינו חלוקת כספים, או לגירסת חלק מעובדיו: מניעת חלוקת כספים, למעשה הוא מיותר. אין הצדקה ממשית לקיומו. צריך, אבל לזכור: כשנבנה אגף השיקום, לא היו קיימים בהיקפים הנוכחי, המוסדות האחרים! קופות החולים, שיודעות היום לתת טיפול רפואי מלא, מהתחלה ועד הסוף, לא היו קיימות, כמו שלא היה קיים חוק הביטוח הממלכתי (את זה יש לנו רק מ-195).

הביטוח הלאומי במתכונתו הנוכחית, וגופי השיקום של משרד הבריאות ומשרד הרווחה, לא היו קיימים. לגבי נכי נפש, לא היתה קיימת המערכת שהוקמה ושבעקבותיה, בעצם, נחקק חוק שיקום חולי נפש. זאת מערכת מקצועית ביותר.

כמו כן, לא היה קיים במתכונתו ובהיקפו הנוכחי, ארגון נכי צה"ל שעושה דברים מופלאים, ולא היתה קיימת במתכונתה הנוכחית, מחלקת הנפגעים באכ"א.

לכל הגופים האלה, חייב להיות חלק בתהליך השיקום של הנכים ובכללם נכי הנפש.

כמו כן, כדאי להחזיר למפקדים את האחריות על שלום חייליהם, גם לאחר פציעתם הגופנית או פגיעתם הנפשית.

מטעם המפקדים ובשיתופם, קצינות הנפגעים בצה"ל חייבות ללוות יחד עם אנשי חיל הרפואה, את הנפגעים, וביתר שאת את הנפגעים הנפשיים, בתפר החשובה כל כך, בין השחרור הרפואי מצה"ל, לבין קליטתם בתהליך שיקומי מוצלח, שלפחות במקרה של נפגעי הנפש – אגף השיקום רק מפריע לו. יש לאפשר לחיל הרפואה של צה"ל, לטפל בנפגעי מחלות הנפש שנפגעו בשל שירותם, עד לקליטתם המוצלחת בגופי השיקום האזרחיים.

יש לאפשר למחלקת בריאות הנפש של צה"ל, לטפל בנפגעי תגובות הקרב עד אינסוף. כל זמן שהטיפול הזה מתאים, וכל זמן שהמטופלים רוצים והמטפלים יכולים לקבל – כי מבחינת החיסכון, אנחנו מדברים פה על חיסכון שאין כדוגמתו (שלא לדבר על המקצועיות).

ליתר הארגונים החוץ צבאיים, כאמור, תפקידים ברורים בליווי הנפגעים, בצורה שתאפשר את שיקומם ותשמור על זכויותיהם.

עובדי אגף השיקום, או לפחות חלקם, יכולים להיות מוצבים בתקופת מעבר, בכל הגופים החוץ צבאיים האלה, לתיאום העברת הטיפול בנכים.

בכל מקרה, כאמור, פעילות אגף השיקום אינה רק מיותרת, אלא מזיקה לשיקום נכים, וודאי לנכים הנפשיים, וכלן גם ללא החיסכון הניכר שיושג, הגיעה העת להתחשב במציאות ולבטל את האגף.

כצעד ראשון לקראת ביטול האגף, יש להפריד הפרדה מוחלטת בין גוף קביעת הזכאות לנכות, לבין גוף השיקום. לא ייתכן כי הוועדות הרפואיות ומנגנון קצין התגמולים יהיו קשורים ביניהם בקשר כלשהו, ולא ייתכן כי יישארו קשורים

לאגף השיקום. מצב זה גורם להדיפת תביעות נכות וליחס תגרני כלפי הנכים. אלה דבריי.

א. גורן, יו"ר: תודה רבה.

נמצא כאן באולם זאב וייסמן, אולי אתה רוצה להגיב? עשו אתכם 'אויב המדינה' כאן בסקירה.

זאב וייסמן: קודם כל אני חושב שחלק מהדברים של ההרצאה המלומדת של ד"ר קנובלר, עולים בקנה אחד, אני חושב, גם עם המנדט או התפקיד של הוועדה הציבורית הזאת שבודקת. כי אני מבין שנאמרו, בין הדברים, אם הבנתי נכון, שבעצם האוכלוסיה הזאת של נפגעי נפש פוסט טראומה, אולי לא צריכים להיות מטופלים ע"י אגף השיקום. קרי, שזו לא אחריות של אגף השיקום להכיר בהם ולהיות המטופלים של אגף השיקום. אז אולי הוא נתן איזשהי הצעה שלא חשבנו עליה.

יחד עם זאת, לגופו של עניין, נאמרו פה הרבה דברים שאני חושב שהם לא המציאות שקורית היום לפחות, באגף השיקום. במיוחד בנושא של פוסט טראומה – חלק נכבד מהרצאתו – אגף השיקום עשה צעדים, אני מדבר מבחינה טיפולית ומבחינה מקצועית – צעדים מאוד מאוד גדולים למצוא את הפתרונות או את השיטות טיפול הכי מודרניות, הכי, שנמצאות בכל העולם, שמתמשים בהם, ולא דווקא עומד ולא עושה שום דבר בתחום הטיפולי ואני חושב שגם ד"ר קנובלר יודע ומכיר אותם, אז הופתעתי לשמוע שבעצם באגף השיקום לא עושים כלום בנושא הזה, ורק גורמים להחרפת המצב של הנכים האלה, בכל האספקטים, גם באספקטים השיקומיים, גם באספקטים הטיפוליים. לדוגמא, יש אולי חילוקי דיעות (ממה שאני שמעתי), היום,

בעולם טיפול בפוסט טראומה, או טיפול נפשי לא צריך להינתן ככל שאדם צריך, אלא טיפול מוגבל בזמן. ואם אדם לא מראה סימנים של החלמה, בעצם סימן שאין מה להשקיע בזה.

אולי אנחנו, כאגף שיקום, שיש לנו אחריות לגבי אנשים אלה, נותנים איזשהו טפול תחזוקתי אולי, ללא הגבלת זמן. אבל טיפול החלמתי עם מטרות ויעדים להחלמה, לא צריך להינתן להרבה זמן. זאת אומרת, אני מביע דברים שמומחים בעולם ובארץ קבעו את הדברים האלה.

מבחינת – דיבר נכון – יש חוק היום במדינה, של חוק שיקום חולי נפש בקהילה, ששרד הבריאות אחראי עליו. אבל סל השירותים שמקבלים בחוק הזה, לעומת סל השירותים שאגף השיקום נותן לאוכלוסיה הזאת, הוא הבדל בין שמים לארץ. אז אם ההמלצה שלו להעביר את נכי צה"ל להיות מטופלים בסל הבריאות של משרד הבריאות, אני חושב שאנחנו נגרום רק נזק.

ועוד כל מיני דברים, אני גם רשמתי פה, אבל סה"כ-

א. גורן, יו"ר: מכל מקום, אתם שמעתם את הדברים ואם תרצו להגיב, אז תעבירו לנו את הדברים בכתב.

פרופ' ערן דולב: ד"ר קנובלר, תודה על הסקירה. אין ספק שממה שהוועדה שמעה (ואני לא מביע כרגע שום דיעה, כמובן, ולא התקיים הדיון של הוועדה), היו שם כמה דברים פרובוקטיביים, ללא ספק.

בעצם, אם אני מסכם לעצמי (ואני אומר את זה לפרוטוקול), אתה אומר דבר שהוא חשוב ביותר מבחינת המנדט של הוועדה. אתה אומר: הן מחלות נפש בגיל הזה והן התגובות הנפשיות, אי אפשר שלא לשייך אותן לשירות הצבאי. ואם

כך, יש כל מיני דברים שנובעים, למשל התהליך לא צריך להיות קשה. הרבה טענות שאנחנו שומעים, זה על יחס, על התמשכות של תהליכים וכדומה וכדומה.

יש פה שני דברים שונים: אחד עניין האחריות, והשני עניין המקצועיות – ובעניין הזה, אנחנו עוד נשמע וכו'. בעצם, גם ממה שאתה אומר וגם ממה שמר וייסמן השיב בחלקו, מאוד חשוב לעסוק בסוגיה הזאת כי זאת קבוצה גדולה ביותר.

זה לא פלפולים על סכרת ועל אסטמה שהופיעה בגיל 60 לאיש קבע, זה דבר רציני מאוד שיש לו השלכה, והלוואי – אני מחפש את זה מתחילת שנות ה-70 – והלוואי שהיה לנו איזשהו מקדם או מנבא או משהו, שהיינו יודעים בתחילת השירות או בלשכת הגיוס, שמישהו עלול לפתח את זה יותר מאחרים. יש לזה השלכות חברתיות קשות, שלא נעשה את החיים קלים: אז מה נעשה איתו? הוא לא ילך ליחידה קרבית, מראש? אז אולי טוב שאין. אבל בשלב הזה יש לנו מה שיש לנו, ואי אפשר שלא לקחת אחריות. ומכאן נובעים כל מיני דברים. מאוד חשוב שאתם תתייחסו, משום שבעצם הוצגה כאן משנה סדורה מאוד, עם בסיס מסויים עובדתי ואידיאולוגי, עם מסקנות ועם המלצות. אתם צריכים להתעמת עם זה.

אני ראיתי, כמובן, את החומר שאתם הוצאתם על הקונסורציום בזה, קראתי את כל החומר, תאמין לי. הוועדה עוד לא ראתה. זה עונה על מה שנאמר פה, רק בחלקו, ואני מציע שתתייחסו כי הנושא הזה להערכת, יותר מאוחר, בעבודת הוועדה, זה יהיה חלק רציני מאוד מהדיונים שלה. מעניין מאוד. אין לי מה להגיב, אני חושב שזו סקירה

עוזי לוי:

מאלפת, למדתי הרבה.

א. גורן, יו"ר: אבל מספרים?

עוזי לוי: אין לי תגובה.

ד"ר חיים קנובלר: מילה אחרונה, להבדיל ממה שהיה בתקופתך כקרפ"ר, יש

לנו מלווים ואם היינו משתמשים בהם, אז לא היינו מגייסים

לצה"ל כל שנה 10,000, 15,000 חיילים.

פרופ' ערן דולב: טוב, זו אידיאולוגיה אחרת לגמרי, זה תפקידו של צה"ל

ובניית האזרח. זה דבר אחר.

ד"ר חיים קנובלר: אבל ככה היינו מונעים 75% מהאשפוזים הפסיכיאטריים

למשל. ואח"כ, כאשר אנחנו רואים אותם חולים, אז החברים

האלה אומרים: מראש היו להם נתונים נמוכים, הם היו

מפתחים מחלת נפש. יש פה פער שקשה לגשר עליו. יש פה

מערכת שמאוד מרוצה מעצמה ואני לא באתי לריב איתה,

אלא להאיר את הבעיות.

הפתרון, לפי דעתי, הוא לא בתוך המערכת הקיימת, עם כל

הכבוד.

א. גורן, יו"ר: תודה רבה לך.

(תום הופעתו של ד"ר ח. קנובלר)