

**ועדת גורן**

פרוטוקול

**מישיבה מיום 18.3.2010****נוכחים:** חברי הועדה:

כב' השופט (בדימוס) אורי גורן, יו"ר הועדה  
 כב' השופט (בדימוס) ד"ר גבריאל קלינג  
 מר אביגדור קהלני  
 פרופ' ערן דולב

משקיף מטעם משרד האוצר:

מר מאיר בינג  
 מר יצחק פוקס  
 גב' נחמה פרלמן

משקיף מטעם צה"ל:

משקיף מטעם משהב"ט:

מר אביהו דיסטלמן

מרכז הוועדה:

הופיע בפני הוועדה:

פרופ' יוסי זוהר – מנהל מח' פסיכיאטרית בבי"ח  
 שיבא ופרופ' מלא באוניברסיטת ת"א

נוכחים נוספים:

מר קותי מור – ראש אגף שיקום נכים במשהב"ט  
 מר זאב וייסמן – סגן ראש אגף שיקום נכים  
 גב' הלן מור - יועצת משפטית, במשהב"ט  
 גב' טל שמאי – מזכירת הוועדה  
 גורמים נוספים

הופעתו של פרופ' יוסי זוהר בפני חברי הוועדה

פרופ' זוהר: תודה רבה. אני רק לגבי אביגדור, רק לסבר את האוזן, ככה קובעים עכשיו מי סובל מ-PTSD ומי לא. זה הקריטריונים. אם זה טוב או לא טוב, זה סיפור אחר, אבל יש כאלה. (מציג שקף) יש פרמטרים, זה כולל חשיפה לאירוע שאדם חוזר וחווה את אותו אירוע, שיש לו את ההימנעות (ונגיע לזה אח"כ), עוררות יתר, ויש כאן – וזה עיקר השאלה שלך, אני חושב – יש כאן הפרעה ניכרת או הפרעה בתפקוד, וזה למעשה הקו שמפריד בין כל הפרעות החרדה, כולל PTSD. אם אדם בא אליך ואומר 'תראה, אני לא מסוגל לתפקד, או יש לי ירידה ניכרת ביכולת המימוש של הפוטנציאל שלי, אז אתה אומר: הוא סובל מהפרעה.

כלומר, זו התחושה הסובייקטיבית של הבן-אדם, אם הוא עונה על הקריטריונים האובייקטיביים האלה.

אביגדור קהלני: זה לא נובע ממצב רוח זמני, או דברים כאלה?

פרופ' זוהר: אתה לוקח את זה בחשבון, כמובן. כלומר, אם זה משהו שהוא יומי או שבועי, אז זה לא מטפס לרמה של האבחנה. זה רק להגיד בקשר לשאלה שלך. יש קריטריונים, תבחינים, לקביעה הזאת.

אני אחלק את הדברים שלי ל-3 חלקים: הקדמה, אני אספר קצת על הרקע האישי שלי, על הקונסורציום הישראלי ל-PTSD, על מחקרים רלוונטיים מהעולם; אני אתייחס ספציפית לשאלות כפי שראיתי אותם, של הוועדה, כפי שאביהו אמר לי, ואני אסכם.

אז מבחינת הרקע האישי, אני פרופ' מלא באוניברסיטת ת"א, פרופ' אורח באוניברסיטת מסטריך, מנהל מחלקה פסיכיאטרית בשיבא, יו"ר סקציה של הפרעות החרדה

בארגון הפסיכיאטרי העולמי, אני הנשיא הנבחר של הארגון הפסיכיאטרי המוביל באירופה.

רשימת הפרסומים שלי זה 240 מאמרים מדעיים ו-13 ספרים – 2 בנושא של PTSD. זה מבחינת הרקע המקצועי שלי. ורקע רלוונטי לנושא: ערן מכיר, אבל מבחינתכם, כשערך היה מר"פ, אני הייתי רופא גדודי, רופא חטיבתי, עשיתי קורס מ"פ חי"ר ואח"כ רופא אוגדתי. כשחזרתי מפוסט דוק' בארה"ב, ערן היה אז קרפ"ר, מינה אותי למפקד הפח"ח, והייתי מפקד פח"ח בשל"ג ולאחר מכן עברתי לבריאות הנפש, הייתי מפקד מת"ק שזו יחידה ספציפית לטיפול ב-PTSD ומפקד המתקן המרכזי לטיפול ב-PTSD של הצפ"ה בין 1988 ל-94'. אני חושב שחשוב לציין, מבחינת הוועדה, שהייתי בשירות המילואים בין 91' ל-200, רופא ביחידת הת"ק של הצבא. אני ראיתי את מה שנכתב על הנושא הזה, אני הייתי שם הרבה שנים.

בקשר להערות שזוהבה אמרה, אני הייתי יו"ר וועדות רפואיות במשהב"ט בין 92' ל-99' כולל בתקופה הזאת ריכזתי והייתי, נדמה לי היחיד, שהיה בוועדות של השבויים. כלומר, מבחינת- , אני לא יודע מה קורה עכשיו, אבל לפחות בשנים האלה זה מה שעשיתי, ומשנת 2000 עד היום, אני יו"ר הקונסורציום הישראלי ל-PTSD. אני רק אדבר על רקע מדעי רלוונטי לנושא, אני לא אלאה אתכם (מציג) זו רשימת הפרסומים שלי בנושא ה-PTSD.

פרסמתי שני ספרים על הנושא הזה, אלה הספרים (הספר האחרון הופיע לפני כחודשיים), והשתתפתי בכתיבת guide lines על PTSD, אחד שפורסם ב'פסיכיאטריקס אנלס', guide lines אחר שפורסם ב'אירופיאן נאו-סייקו

פרמקולוגי ועוד נושאים שונים, מעורבות שונה בנושא של PTSD. זה מבחינת הרקע המקצועי שלי.

ערן שאל על הנושא של האם ניתן לנבא PTSD על סמך המבדקים שנעשים בלשכות הגיוס. הקונסורציום הישראלי ל-PTSD (שתיכף אדבר עליו) (מציג מאמר) המאמר הזה פורסם בעיתון השלישי בחשיבותו בשטח שלנו, ולמעשה מה שהמאמר הזה אומר, הוא אומר שאם אתה מסתכל על מה שעושים בלשכות הגיוס, אתה לא יכול לתת ניבוי מי יפתח ומי לא יפתח PTSD. זה לא אומר שאי אפשר, זה אומר שעל מה שאתה מסתכל, הוא כנראה לא נכון.

אנחנו עכשיו בודקים את ה-HPA פלסיטי בנושא הזה, ויכול להיות שהתשובה היא שם. אבל מה שנבדק בלשכת הגיוס, זה לא קיים. אבל זה אחד מהפירות של הקונסורציום הישראלי ל-PTSD.

הקונסורציום הישראלי ל-PTSD זה גוף שהורכב, שאני היו"ר שלו עדיין, והוא מורכב מהאנשים המוליכים בטיפול הקליני ב-PTSD. זה כלל את פרופ' בלאי, פרופ' נתי לאור, זאב קפלן, אהוד קליין, קוטלר, שלו, אבי אורי וזה, דרך אגב, נושא שזהבה העלתה בצדק, אבי אורי הוא גם פרופ' פדוי שבי ובכוונה הוא הוכנס לתוך הקונסורציום הזה.

גם בגלל המומחיות שלו וגם בגלל הרקע שלו, וכלל גם את הפונקציות הנוספות כולל ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, רמ"ח ברע"ן במקרפ"ר, ואני ראיתי עדות לגבי הרמ"ח הקודם, הוא היה שותף בגוף הזה, הרופא הראשי במשהב"ט וראש היחידה לשירותי שיקום במשהב"ט. זה הגוף.

הקונסורציום הזה הוקם לפני 10 שנים, והוא עובד בשילוב

ובשיתוף פעולה מלא עם משהב"ט, והמטרה לשפר את הטיפול ב-PTSD.

הקונסורציום הישראלי ל-PTSD הוקם ב-2001, הרקע האישי: 'זרקו' אותי מהשירות מילואים ואני החלטתי שאני בכל זאת צריך להמשיך לעשות שירות מילואים, אז זו הדרך שבחרתי לעשות את זה. פניתי למשהב"ט והצעתי: בואו נראה מה ניתן לעשות. 2001. וזה מה שעשינו, עשינו סקר בהתחלה, סקר שני, ואני אוליך אתכם סביב הסקר.

הסקר הזה כלל: הסתכלנו על כל התיקים של נפגעי הנפש בכל המקומות. סה"כ זיהינו 7,181 תיקים ועברנו עליהם, והסתכלנו מה קורה. אז אלה הנתונים מה שידוע (מציג שקף) בערך כמו שצפוי: 50% מנפגעי הנפש מתוך כלל התיקים שנתרו, סובלים מ-PTSD; עוד 17,7% סובלים מסכיזופרניה, ואחרים מהפרעות אחרות: קצת הפרעות חרדה, קצת דיכאון, אבל זה הנתונים.

אם אנחנו הסתכלנו על קבוצות הגיל (וזה כמובן חשוב לתכנון של השירותים), אנחנו ראינו שבאותו זמן רוב האוכלוסייה היתה בגיל 40 פלוס. אנחנו עכשיו מדברים על אוכלוסייה בגיל 50 פלוס (עברו 10 שנים מאז שעשינו את הסקר הזה), אבל אני חושב שהיוזמה והנכונות של משהב"ט להסתכל בזה, נותנת את התשתית איך לטפל.

אם אנחנו מסתכלים על מה התורמים העיקריים מהסקר הזה, אז מה שאנחנו רואים בצורה בולטת: שני התורמים העיקריים זה מלחמת יום כיפור ומלחמת שלום הגליל.

א. גורן, יו"ר: מלחמת יום הכיפורים שהיה לה 7,000 פצועים ו-2,656 הרוגים, ייצרה כמו מלחמת שלום הגליל?

פרופ' זוהר: נכון. אני חושב שמה שקרה, זאת היא שאלה מצויינת,

פרופ' ערן דולב: להיפך, מלחמת שלום הגליל, ייצרה – למרות שהיה הרבה פחות – כמו מלחמת יום הכיפורים. זה, מבחינתי, היתה הבעיה.

פרופ' זוהר: נכון. אני חושב שמה שקרה (והשאלה היא מצויינת, אביגדור), מבחינה זאת יש שינוי מבחינת ההתייחסות לגבי PTSD במרוצת השנים. אנשים, כמו שנאמר מקודם, אנשים נטו פחות, עם הזמן, אנשים נוטים יותר. אבל אלה העובדות, אלה הנתונים ואני חושב שהבסיס לכל התערבות, זה הנתונים. הפרשנות היא משהו אחר. זה העובדות.

העובדות האחרות, וזה הנושא שהתריע והפריע לנו כעורכי הסקר, כקונסורציום הישראלי ל-PTSD, אנשים התחילו עם רמת נכות של כ-20% ועם השנים, למרות הטיפול, למרות המאמץ, למרות ההשקעה, רמת הנכות עלתה. זה הנתונים, ותיכף נראה מה עשינו עם הנושא הזה.

אביגדור קהלני: אני רוצה להבין, שאלה אחת קטנה: אדם שנקטעה לו הרגל, זאת אומרת יש לו קטיעה x וייתכן שיש לו את הפוסט טראומה שנותן לו את ה-y?

פרופ' זוהר: כן. וכמו שערך הזכיר מקודם, אחת המחשבות היו שבעבר מי שיש לו נכות פיזית, יש לו פחות נכות עם PTSD – זה לא נכון, אנחנו יודעים שיש בהרבה מקרים שילוב של הנכות הפיזית ונכות של PTSD.

אנחנו רואים שהתפקוד הולך ויורד עם השנים, ומבחינתנו זה היה הסיכום של הסקר הראשוני, שצריכים לשפר. לא אהבנו את המצב, משהב"ט, אנחנו כקונסורציום הישראלי ל-PTSD, שלמרות כל המאמצים יש החרפה ברמת הנכות. ואמרנו שנבדוק – משהב"ט והקונסורציום ביחד – את

הגישות הטיפוליות השונות ונראה האם ניתן לדעת, אם טיפול X עוזר לעומת טיפול אחר. ואז עשינו את הסקר השני, שלקח בין 2004 ל-2008, הוועדה המייעצת של הסקר, כללה אנשים שונים.

עוד פעם, אני רוצה להדגיש, שהוועדה המקצועית המייעצת, כללה מבחינתנו, את כל האנשים שעוסקים בקליניקה, בטיפול ב-PTSD, לא רק פסיכיאטרים. הפסיכולוגים אבי אורי, והפונקציות הבאות של רמ"ח ברע"ן וראש שירותי הפסיכיאטריה במשרד הבריאות.

והמחשבה של המשרד ושל הקונסורציום, היתה לאסוף נתונים בכל שנה, לבדוק את תהליכי הטיפול ולראות מה קורה. והתוצאה היתה, שבעזרת האיסוף המדוקדק של הנתונים האלה, אנחנו בנינו clinical guide lines ואנחנו עוסקים עכשיו בהטמעה, ביישום של ה-clinical guide lines. clinical guide lines אומר לרופא מה מצופה לעשות במצב נתון. זה כאילו manual כזה, תשריט. אנחנו גם רצינו לבנות – ועשינו את זה, בשיתוף עם משהב"ט – בניית מאגר יידע וריכוז ואינפורמציה על מחקרים עדכניים ב-PTSD.

אני לא אלאה אתכם בכל הנושאים, אבל זה היה קשור בכל הדרך בשילוב עם המטפלים, עם איסוף הנתונים וכו'. דאגנו לחיסיון ורק לתת לכם דוגמא לגבי המאמץ שהושקע, ולא היינו יכולים לעשות את זה לוליי התמיכה של משהב"ט (מציג שקף).

לאורך כל התקופה דיברנו כל הזמן דיאלוג נמשך עם המטפלים של משהב"ט ועשינו ימים שבהם פגשנו אותם, ואני חושב שעכשיו – וזה כבר נכון למשך השנתיים הקודמות – יש

לנו כבר אפשרות, למעקב עם כלים אובייקטיביים, אחרי מצבו של מטופל נתון, עם יכולת להשוות מצבו לאורך השנים. כלומר יש לנו איזה דאטה בייס שנותן לנו לעשות החלטות לוגיות ביחס לטיפול.

אז בואו נראה מה שקיבלנו (מציג שקף) זה התוצרים של הסקר. אנחנו יכולים לראות מי המטופלים, רק להראות לכם איזה כלי יש. אנחנו יכולים לדעת את מקום הטיפול, איפה מתנהל הטיפול שמהב"ט נותן, אנחנו יכולים לראות מה הגישה הטיפולית השלטת. כלומר יש עכשיו אפשרות, בעזרת המידע שנאסף, לעשות חתכים שעונים על כל השאלות. אנחנו יודעים מה המאפיינים של המטופלים, כאן יש את הגילאים, חלוקת הגילאים שלהם ומה המאפיינים של הטיפול. והכוונה היא, לנסות לראות האם טיפול x במטופל y מביא לתוצאות המיטביות.

מה שאנחנו ראינו, וזה אחד הדברים שעולים, שהרוב המכריע של המטופלים שמקבלים את הטיפול הנוכחי, או שלא חל שינוי או שחלה החמרה במצבם. זה נתון. וכאן נתון נוסף, אנחנו מדברים על המצב התעסוקתי של אנשים שנמצאים בטיפול במשהב"ט, מדברים באיזור 900 איש פחות או יותר, למעלה משני שלישי לא עובדים. גם מי שעובדים, ה-29% חלקם במשרות חלקיות.

זה נתון, דרך אגב, שהפתיע את כולנו.

אביגדור קהלני: יכול להיות ששיקול הדעת שמובטח להם הביטחון הכלכלי, לא גורם לו לעבוד, ויכול להיות שאם הוא היה עובד היה מצבו יותר טוב?

פרופ' זוהר: מבחינה זאת, לקחת את התמצית של הרעיון שלי. אני חושב



שכן.

אביגדור קהלני: אני הטייר שנוגע בכביש כל הזמן, אני יודע מה שהטייר רוצה.

פרופ' זוהר: כן. אני חושב שזאת אחת הבעיות לפי דעתי.

וכאן אנחנו מסתכלים ורואים בנתונים אחרים (מציג שקף) אנחנו יכולים לעשות ניתוח לפי מקומות שונים ולדעת איזה מקום מעודד או לא מעודד עבודה. אז כאן יש מקום א שאנחנו רואים ש-86% מהאנשים שנמצאים בטיפול במקום הזה, 86% לא עובדים. מבחינתנו כקונסורציום, לא מצב טוב. ואז אמרנו: בואו ננסה להביא את כל המטפלים – ויש הרבה מאוד מטפלים – ננסה להביא אותם לאותה ישורת, לשפר את המצב. ואז הקמנו וועדה שכוללת את כל הפיגורות האלה. אני חושב שקשה למצוא אדם שהוא מטפל קליני ב-PTSD, עם ידע אקדמי, שלא נמצא פה (מציג שקף). מבחינה זאת היתה התגייסות נפלאה של כל האנשים כולל, כמו שהזכרתי, פרופ' אבי אורי שהיה שבוי וחשבנו שיש חשיבות להכניס אותו בתוך הקבוצה הזאת. זהבה סולומון השתתפה באחת מתת-הוועדות ואנחנו מודים לה ולאחרים על ההשתתפות בכתיבה של ה-guide lines.

אנחנו לא נכנס לכל זה, בסופו של דבר אחרי מאמץ ארוך ובתמיכה מתמדת של משהב"ט, כתבנו guide lines שהוכרו ע"י איגודים מקצועיים שונים כולל האיגוד הפסיכיאטרי הישראלי, כקווים שמשקפים את הידע הנוכחי בטיפול. כלומר, כולם הסכימו שזה מה שניתן להשיג, שאין משהו יותר טוב.

אנחנו לא חושבים, דרך אגב, שאנחנו צריכים לנוח על הזרים, וזה אחת ההצעות שלנו למשהב"ט והוא מקבל את

זה, שאנחנו צריכים לעשות up date לדברים, כי הידע בנושא מתקדם כל הזמן.

מה שמיוחד ב- guide lines האלה, שהם guide lines אינטראקטיביים. המטפל יכול להיכנס לאתר באינטרנט, לשים את הפרטים של המטופל ולקבל מה הוועדה שישבה וחשבה, חושבת על הטיפול הנכון שיש לעשות.

כלומר, מבחינה זאת ה guide lines האלה שונים מ- guide lines אחרים, הם לא מתרכזים בטיפול אלא הם מתרכזים על המטופל ומה הדבר הנכון לעשות למטופל נתון. אין guide lines כאלה שקיימים עכשיו בעולם, ואנחנו יודעים שזה זכה להדים רחבים במקומות אחרים ואנחנו, לפחות, מרגישים שה- guide lines משקפים את המצב הנכון לעכשיו, מה שניתן לעשות.

אנחנו על-מנת לא רק שזה יישאר על המדף אלא על-מנת ליישם את זה, קיימנו עשרות פגישות עם מטפלים שונים, על-מנת להבטיח את המעבר ממוצר מדף למוצר שמשתמשים בו, ואנחנו בודקים עכשיו את ההשפעות של היישום של ה- guide lines על מה שקורה.

אנחנו בדקנו גם – וזה נושא שעלה מקודם – תמותה ותחלואה ואני רק רוצה להגיד מבחינה זאת, ואני חושב שזו נקודה שחשוב להבין, יש להבין שיש הבדל ניכר בין הנתונים שקיימים בארץ לבין הנתונים שקיימים במקומות אחרים.

הוטרנס, יוצאי הצבא הישראליים, שונים ממחקרים בארה"ב 1. בגלל שהגיוס הוא חובה ובארה"ב הגיוס נוגע לפלחים מאוד ספציפיים של האוכלוסייה, כנ"ל באנגליה, כנ"ל בקנדה, ברוב המקומות. לא כולם מתגייסים. מי שמתגייס זה פלח סוציו-אקונומי מסויים (על-מנת להיות

(politically correct), והנושא השני, שמאוד מייחד אותנו מה-PTSD באוכלוסיות אחרות, זה התחלואה הכפולה קרי סמים ואלכוהול – בארץ נמוך יחסית, בסדר גודל של 10%, במקומות אחרים מעל 60%. כלומר, מבחינה זאת לבוא ולומר מחקרים בעולם אומרים כך, ומכאן אנחנו יכולים להקיש על מה שקורה בארץ, צריכים לקחת בחשבון שהאוכלוסייה היא אחרת ואין את הבעיה המרכזית של התחלואה הכפולה.

אנחנו הסתכלנו, כמובן, על כל הקווים המנחים, והקווים המנחים שלנו הם קווים שלא רפואיים, לא רק זה. הם כוללים שיקום, טיפול מיני, טיפולים משפחתיים וכו', ואני לא אפרט אבל בהחלט הקווים המנחים שהם הקו המנחה את משהב"ט ואת המטפלים, נכון לעכשיו, הם גישה של טיפול כוללני שמחשיבה ושמה בראש סדר העדיפויות את השיקום ונושאים אחרים. לא מזניחים את החלק הרפואי, אבל ברור לנו שהחלק הרפואי הוא לא הקטר המוליד.

והטיפולים מומלצים על evidence base בעיקר, וכל הדברים הנוספים. זה כלי אינטראקטיבי, אינטרנטי, יש כאן את הדרך להיכנס אליו. מי שעושה את זה - דרך אגב זה לא מוגבל רק למטפלים של משהב"ט, כולם יכולים להיכנס לזה - להכניס את הספציפיקציות, את התכונות של המטופל שלהם ולקבל בהתאם לזה מה הצעד הבא שמומלץ.

אם אנחנו מסתכלים על מה שהם יראו, אז הם יראו נניח, בנושא הזה, אדם שעובד באופן חלקי אנחנו ממליצים על שיקום תעסוקתי; אם יש לו מקצוע, אנחנו ממליצים על איוש להשמה וכו'.

אז זה איפה שאנחנו עומדים מבחינת הקונסורציום הישראלי

ל-PTSD ומה שאנחנו עשינו בשנים האחרונות. עוד שתי שורות לגבי מחקרים רלוונטיים מהעולם, שעזרו לי וסייעו לי לענות על השאלות, שאביהו אמר לי שהוועדה מתרכזת בהם. המחקרים האלה קשורים לאחוזי נכות והקשר שלהם לשירותי הרפואה והימנעות ו-avoidance. יש הרבה מאוד אנשים שיש להם דיעות שונות על המלחמות באפגניסטן והמלחמות בעיראק ואם זה נכון או לא נכון. יש קבוצה אחת של אנשים שמאוד שמחים על המלחמה הזאת, זה החוקרים של PTSD למה? משום שזה נותן לך אפשרות להסתכל, על לוחמים ממקומות שונים: אנגליה, ארה"ב, אוסטרליה, שנמצאים באותו שדה עם אותם הלוחמים, ומה קורה איתם לאחר שהם חוזרים. וכאן, זה מה שאנחנו רואים (בסקף). אנחנו רואים שבארה"ב, אנשים שחוזרים מאותו שדה לחימה, האחוזים של PTSD שלהם הם פי 3 לעומת האחוזים של PTSD, נניח באנגליה או בקנדה. ולא מדובר על מלחמה אחרת, לא מדובר על לוחמים אחרים – שיטת הגיוס היא אותה שיטת גיוס – מדובר, כנראה, על הנושאים שקשורים בפריפריה או בטיפול, בשירותי הטיפול. באנגליה השירותים רפואיים והזמינות אליהם, טובה הרבה יותר מאשר בארה"ב, ואז - זה כנראה אחד ההסברים – זה דוחף אנשים לנושא של PTSD. כלומר, הנקודה היא, מהבחינה הזאת, שהחלטות לגבי השירותים ודרך מתן השירותים, קובעת במידה ניכרת את המהלך של PTSD. נושא נוסף, נושא מרכזי, זה חוזר לשיקופית הראשונה שהראיתי, אחד המאפיינים המרכזיים של PTSD וכל הפרעות החרדה ש-PTSD הוא חלק מההפרעה הזאת, זה ה-avoidance הימנעות. אדם מנסה לא להיות במצבים

שמזכירים את אותו אירוע. הטיפול מושתת על אנטי-avoidance אתה אומר לאדם שמפחד להיות במצב הזה: הדרך שלך להתגבר ולחזור לתפקוד-

אביגדור קהלני: זה אותו צנחן שנתפש וזרקו אותו חזרה.

פרופ' זוהר: בדיוק, או אותו טייס, אותו נהג, זה בדיוק האסנסט של האנטי-avoidance אתה לא רוצה לקבע את זה, ומבחינה זאת זה דבר מרכזי בטיפול.

עכשיו נלך לשאלות של הוועדה ומה שהבנתי ומה שאני ראיתי ממה שאביהו שלח, זה לגבי אבחנה בין פעילות בעלת אופי מבצעי לבין נפגעים אחרים. ואנחנו יכולים לחלק את זה להפרעות שונות. אבל לפני זה, אנחנו יודעים שיש בחלק מההפרעות הפסיכיאטריות, קשר ברור וחזק בין האירוע לבין המחלה. נניח ב-PTSD וב-OCD. PTSD זה הפרעה שאנחנו מדברים, OCD זו הפרעה טורדנית כפייתית. בשני המקרים האלה, יש קשר ידוע, די חזק בין זה שאדם חווה אירוע ואז יכולה או לא יכולה להתפתח ההפרעה הזאת.

לגבי סכיזופרניה, השאלה היא הרבה יותר מורכבת. זמן פריצת המחלה, חופפת לגילאי השירות בצבא, כך שאנחנו לא יודעים אם זה פרץ עקב השירות או היתה פורצת איך שלא יהיה.

דרך פשטנית לגמרי להסתכל על זה, זה שאם היה קשר משמעותי בין השירות הצבאי לסכיזופרניה, היינו מצפים לראות הבדלים בשיעורי הסכיזופרניה בארצות שבהן יש גיוס חובה לבין הארצות שבהן אין גיוס חובה. היינו מצפים שאם יש גיוס חובה, יש קשר בין הסכיזופרניה לבין הגיוס, יהיה יותר סכיזופרניה ואין הבדלים בין שיעורי הסכיזופרניה (יש לי את המאמר, אבל אני אחסוך בנושא הזה), אין הבדלים

בשיעורי הסכיזופרניה. לא נראה שיש קשר הדוק, ולכן התרומה של השירות הצבאי לפריצת הסכיזופרניה, היא שולית.

יש קבוצה אחרת של מחלות שכוללת דיכאון, הפרעות חרדה, הפרעות אישיות וכו', והקשר בין זה לבין השירות במקרה של הפרעות אישיות, הוא חלקי או קלוש, ולגבי דיכאון או הפרעות חרדה אחרות, הן מחלות אפיזודות, הן מחלות שחולפות ואין קשר הדוק.

עכשיו, מבחינת הנושא שעלה, האם יש קשר, האם ניתן להפריד בין פגיעה מבצעית לבין פעילות אחרת, אז ב-PTSD זה קל מאוד: אנחנו יודעים מעצם ההגדרה, שאם מדובר- אנחנו יודעים שההגדרה קשורה באירוע הספציפי בגללו התחיל ה-PTSD, ואנחנו יכולים לזהות את האירוע הספציפי הזה.

אנחנו יכולים, מעצם ההגדרה, לדעת האם זה קשור או לא קשור. לפחות מהבחינה הזאת, הפסיכיאטריה יכולה לתת כלי עם validity טובה.

מבחינת ה-OCD כנ"ל, ניתן לזהות אם זה שייך או לא שייך. לגבי סכיזופרניה, כמו שהזכרתי, הנושא הוא הרבה יותר מורכב ובהרבה מקרים אני יודע שעכשיו הנטיה היא לקשור כל גל פסיכוטי לשירות, אבל אם מופיע גל פסיכוטי זמן קצר מאוד לאחר הגיוס, כאשר ברקע יש היסטוריה של בעיות פסיכיאטריות, אז הקשר שלו לבין השירות הוא חלקי, לפי דעתי.

רק לסכם את הנושא הזה, ואני אחזור לזה אח"כ, לגבי אמות המידה והיכולת של הפסיכיאטריה לדעת מי נפגע עקב פעילות בעלת אופי מבצעי לבין נפגעים אחרים,

הפסיכיאטריה יכולה לתת כלים ולידיטיים לענות על השאלה הזאת. זה לא יהיה קשה, ניתן לדעת מי כן ומי לא. עולה הנושא של מענק חד פעמי, שזה הנושא השני. וכמו שהזכרנו, אנחנו ראינו שאחוז ניכר מהאנשים – 69%, משהו באיזור של 70% פלוס, לא עובדים. זה לא מצב שאתה מצפה באנשים עם הפרעות חרדה. יש מחקרים שמסתכלים על מקומות שבהם אין הצמדה בין תגמול לבין PTSD. נניח יש מדינות כמו טורקיה שבהן אין יכולת ולא קיים תגמול לאחר PTSD. ובמחקרים מקיפים שנעשו, נמצא שהשכיחות של PTSD במקומות שבהם אין הצמדה של התגמול ל-PTSD יש שיעור נמוך יותר של PTSD. אני חושב שראינו את זה קצת מקודם, במחקרים על אפגניסטן ועיראק. מבחינה זאת, ההמלצות (ונחזור אליהן אח"כ), זה לאפשר מתן טיפול ראשוני עוד לפני ההכרה, ולהתמקד על הטיפול בשנה-שנה וחצי הראשונים.

הנושא השלישי זה הרכב הרפואי. מבחינה זאת, זה הזכיר לי את השיר (ואין לי קשר אליו), של אורי זוהר, על המוח היהודי ממציא לנו פטנטים. ייחודי. אף מקום בעולם אין רכב רפואי ל-PTSD. שאלתי את הקולגות שלי שמתעסקים בנושא, באנגליה, בארה"ב, באוסטרליה, הם הופתעו לחלוטין מהפטנט הזה.

הדוגמאות, אם נלך מהקל אל הכבד, מתחילות בכך (וזה מה שקורה עד עכשיו) תרופות – וזה הוזכר מקודם – נשלחות ע"י מונית לבית המטופל. זה מה שקורה עכשיו. אדם צריך לקבל תרופות, הוא לא הולך לבית המרקחת, מונית באה ומביאה לו את התרופות.

הוועדה המייעצת, הקונסורציום של ה-PTSD הציע לשנות

את הנוהל הזה, משהב"ט קיבל את ההמלצה שלנו ואני חושב שזה נמצא בשינוי. אני חושב, מבחינה זאת, וזה האבן מסד מבחינת הטיפול, ההתחשבות, הנוחות, היא לא תמיד הקו הנכון מבחינת הטיפול המומלץ. לא תמיד לעשות מה שקל הוא מה שנכון.

אם אנחנו עולים במדרג, אז יש את הנושאל של קבלת אישור מונית, לקבלת טיפול. אדם שרוצה לקבל טיפול, יכול לקבל מונית. יש שאלות על הנושא הזה.

ועל אותו קו, אבל בסדר גודל אחר, עומד הנושא של מתן רכב לנפגעים שסובלים מ-PTSD או כל בעיה נפשית אחרת שעולה מעל 50%.

כשסיפרתי את זה לקולגים שלי באנגליה, בארה"ב, הופתעו ואמרו: תראה, זה יכול להיות גורם שמדרבן את החולים לשאוף לקבל את ה-50%. ומבחינה זאת, אם אני מסתכל כמטפל, השיווי-משקל שבין הנזק לתועלת בנושא הזה, לפי דעתי מוטה לכיוון הנזק.

תחלואה נוספת, זה נושא שעלה, אנחנו בדקנו את הנושא הזה, הזכרתי את הקושי להקיש בין זה לבין מחקרים אחרים ואני רוצה להדגיש שלא בדקנו את זה בשבויים אלא בכלל האוכלוסייה. במדגם שאנחנו בדקנו, שכולל מדגם גדול של כל האוכלוסייה, לא ראינו הבדל בתמותה. PTSD ותמותה, לפחות בדייטה שאנחנו אספנו, אין עליה בתמותה בין PTSD לבין הקונטרול.

סיכום – מבחינתי, ההבנה שלי ומההתעסקות שלי בנושא, אני חושב שמהב"ט הקים, עזר להקים, סייע ומסייע להקים גוף, יידע, שעוזר לטיפול ומעקב מיוחד לטיפול ב-PTSD. ככה שמבחינה זאת, אני יודע- קראתי חלק ממה שנכתב, ה-



bon ton היה להגיד כמה שהם לא בסדר, הניסיון שלי ב-10 שנים האחרונות, עם הקונסורציום הישראלי ל-PTSD היה על תמיכה, סיוע ורצון לסייע ולשפר, ואני חושב שאנחנו אוחזים בנקודה הזאת עכשיו.

מבחינה מקצועית, ביחס לשאלה שעומדת בפני הוועדה, ניתן להפריד בין פגיעה מבצעית לפגיעה לא מבצעית, באבחנות. יש את הנושא הכללי של אבחנות כמו סכיזופרניה והקשר בין שירות למחלה, והקשר שם הוא הרבה פחות חזק מהפרעות אחרות כמו PTSD ו-OCD.

אביגדור קהלני: אבל ברגע שתפריד, בכל מקרה מי שיש לו את הפוסט טראומה, תמיד זה יהיה עקב שירות,

פרופ' זוהר: לא בהכרח.

אביגדור קהלני: אם הוא במדים,

פרופ' זוהר: נכון, רק מה שאני רוצה להגיד וזה יכול קצת להפתיע, יש גם גורם גנטי בתשתית, שגורמת שאנשים מסויימים יהיו יותר נתונים לפתח PTSD לבין לא. אבל יחד עם זאת, ואני מסכים לגמרי, ש-PTSD הוא דוגמא לכך שהוא עקב שירות. סכיזופרניה, זה אופרה אחרת.

לדעתי, וזו הנקודה הנוספת שהוועדה העלתה, לגבי מענק חד-פעמי, אני חושב שמבחינת הנושא של avoidance של הימנעות, ומבחינת המהלך של המחלה, מתן מענק חד-פעמי בהפרעות כמו PTSD, הפרעות חרדה ודיכאון, מבחינה קלינית לפי מיטב השיפוט שלי, הוא דבר נכון לעשות. הוא יכול לסייע להחזרה של האדם לתפקוד.

הנקודה החמישית זה הרכב הרפואי, להפרעות פסיכיאטריות אני מדגיש, לפחות לגבי הפרעות מסוג ה-anxiety וה-PTSD, לפי דעתי הוא נוח אבל הוא לא עוזר לשיקום,

ובמקרים מסויימים אפילו עשוי ליצור דינמיקה בעייתית מהבחינה הזאת.

א. גורן, יו"ר: הם מסוגלים לנהוג?

פרופ' זוהר: רובם כן. אנחנו בדקנו את זה, הם נוהגים ונוהגים בסדר, אנחנו בדקנו את הנושא של שכיחות עבירות תנועה אצל PTSD ואין להם עליה בשכיחות.

אני חושב, מבחינת מה שצדדים אופרטיביים, זה לעשות אפשרות למתן טיפול ראשוני עוד לפני ההכרה. יש מושג מאוד מקובל ברפואה של גולדנהאוז, אני חושב שהמושג הזה קיים פה וזה מבוצע הלכה למעשה עכשיו.

התמקדות על טיפול בשנה-שנה וחצי הראשונים, אני חושב שזה מוטיב שהקונסורציום המליץ עליו, משהב"ט מקבל אותו.

יש נושא מרכזי אחר, מהבחינה הזאת, הפרדה של התפקוד מקביעת רמת הנכות. אני מודע לכך שזה מחייב שינוי בחקיקה, אבל אני חושב שזה דבר נכון מאוד. אחרת נוצר איזה כדור שלג, שבו אדם רוצה שנמצא תוך כדי הדיון בוועדה, רוצה להראות שהוא לא מתפקד על-מנת לקבל את אחוזי הנכות, ואז נוצר מה שאני מכנה 'פצעי לחץ' או אלמנט של ירידה בתפקוד עקב חוסר שימוש.

אדם אחרי 3-4 שנים שהוא לא עובד, לא מתפקד, קשה לו מאוד לחזור. ואנחנו צריכים להפריד את זה.

ואנחנו מדברים – זה הקונסורציום הציע למשהב"ט ואני חושב שזה התקבל בחיוב – מתן לא רק שתהיה הפרדה בין התפקוד לקביעת רמת הנכות, אלא לנסות לעודד, ומי שמתפקד שיקבל תגמול לעומת מי שלא מתפקד. כלומר, ליצור איזה מודל של תמיכה, של פידבאק פוזיטיבי לגבי מי

שמשתקם. זה הסיכום שלי. תודה רבה.

פרופ' ערן דולב: קודם כל, יוסי, תודה רבה. זה חשוב, כי בעצם מה שאתה

הבאת מבחינתנו, משלים היטב את מה שפרופ' סולומון

הביאה, כי זו אחת הבעיות שאנחנו בהחלט נדרשים לה

ונדרש לה.

דווקא בסיפא של דבריד, העלית פה נקודה שמבחינתי היא

משמעותית ביותר, וזה ההפרדה בין התפקוד לבין הנכות.

כפי שבביטוח הלאומי מדברים על, נגיד כדוגמא – לא

כהתייחסות ספציפית – על מתן רכב בהקשר לניידות, אז כאן

אתה מדבר על הבדל בין תפקוד ונכות, ואני באמת שואל את

עצמי בקול רם: הרי קיים מתאם ברור, איזשהו מתאם, אבל

איך מפרידים בפסיכיאטריה את זה, ומה החיזוקים. זה

מאוד חשוב, האיך עושים את זה.

זאת אומרת, לכתוב בדו"ח, אח"כ יש להקים וועדת מומחים

שתקבע את הקריטריונים לאבחנה ולהפרדה בין תפקוד

ונכות, זה לא חוכמה מבחינתי. השאלה, מה אני יכול לעשות

מעבר לזה?

פרופ' זוהר:

מה שאני חושב, עכשיו בדרך שבה קובעים את האחוזים, יש

אחד הסעיפים זה רמת התפקוד. הייתי מעיף את הסעיף הזה.

הייתי קובע את רמת הנכות לפי הסבל, ולפי הפתולוגיה ולפי

הסימפטומים ולא לפי רמת התפקוד, כי אז אתה יוצר את

המוטיבציה להוכיח שהתפקוד הוא לא טוב, ומהבחינה שלי

לאחר- וזו ההמלצה הקלינית שלי לפציינטים – אחרי שנים

שאתה עושה את זה, אתה כבר מפתח את 'פצעי הלחץ' של

חוסר התפקוד. כבר קשה לך לחזור למסלול הרגיל של

החיים. מהבחינה הזאת, כמו דרך אגב, שקיים בהפרעות

אחרות – קטוע רגל, רמת הנכות שלו לא נקבעת לפי התפקוד

אלא לפי חומרת הפגיעה הפתולוגית, ואדם לא משנה אם הוא מתפקד לגמרי או לא, רמת הנכות נקבעת לפי הפגיעה. גם כאן הייתי מציע לעשות את זה. אני יודע שזה לא קל, אבל אני חושב שזה יהווה כלי חשוב מאוד בשיקום של האנשים.

א. גורן, יו"ר: תודה רבה, היה מאוד מעניין.

הנושא הזה של תפקוד ונכות, בתביעות נזיקין הוא אבן היסוד. אם שחקן כדורגל נפגע ברגלו, או מישהו שלא משתמש ברגליים.

פרופ' זוהר: כן, אני חושב שמי שמה שקורה ב-PTSD וכאן אנחנו מדברים על נושא של הפרעה גורפת, אנחנו יכולים להגיד ואנחנו מכירים את זה, כמו שהזכרתי אדם שיש לו אמפוטציה של הרגל, הוא יכול לאחר מכן שכל חייו יהיה מועסק בנושא הזה, או יכול להמשיך בחיים שלו לגמרי. או אמפוטציה של היד. ואנחנו לא אומרים לו 'תוכיח שאתה לא מתפקד, ואז ניתן לך אחוזי נכות'. אנחנו מכירים כאלה אנשים, שמתפקדים לאחר האמפוטציה, או עיוורון או משהו כזה, בעין אחת, בצורה שלמה, לא פוגעים באחוזי הנכות שלהם עקב כך.

#### (תום הופעתו של פרופ' יוסי זוהר)

א. גורן, יו"ר: הזמן חלף. הישיבה ננעלת.

**הישיבה נעולה.**