

בדד: מחשבות על ה"מוות הטוב" בתקופת הקורונה

מעין סודאי*

הקדמה

לצד אינספור השינויים שהביא עימו משבר הקורונה להרגלי החיים, גם הרגלי המוות השתנו באופן ניכר. גזרות הבידוד של מי שחשודים כחולים בקורונה ושל חולי קורונה מאומתים הביאו לגל של "מיתות בדד" - אנשים שנפטרים בבתי חולים לבדם, בלא שניתן ללוות אותם בסוף ימיהם ובשעותיהם האחרונות.¹

החרדה האישית והחברתית ממיתות בדד קיבלה הד ציבורי בחדשות ובכתבות עיתונות בעולם ובישראל. בעיצומו של הגל הראשון דיווחו אנשים שהם חוששים ממוות בבידוד יותר משהם חוששים מהווירוס עצמו.² עדויות של בני משפחה על חוסר יכולת להיפרד מעלות מחנק: "הוא מת לבד, בלי אף אחד לצידו",³ "אני לא יכולה לחבק את אימא שלי",⁴ "הוא נותר בבידוד, עייף ולבד",⁵ "השמענו לה את הנכדים ואמרנו לה שאנחנו אוהבים אותה",⁶ "ככה מתים היום קשישים, זה המחיר הכי גבוה."⁷ גם הצוותים הרפואיים מתקשים לשאת

* מרצה, הפקולטה למשפטים והתכנית ללימודי נשים ומגדר, אוניברסיטת חיפה. אני מבקשת להודות לאיתמר מן, תמי הראל בן שחר, יחיאל בר-אילן, גלן כהן, גיון וויט, רעות כהן, ליהי יונה, שירה שמואל, הגר שיזף, אורן תמיר, דורון דורפמן, שגית מור, יאיר שגיא, יוסי כהן ויובל מושקוביץ. תודה לליאל אורן ולמישל צירניחובסקי על עזרת מחקר מצוינת. תודה לחברי וחברות מערכת משפט וממשל על הערותיהם המועילות. אני מקדישה את המאמר לזכרו של דודי יוסף סודאי ז"ל, שנפטר בתחילת הגל הראשון של הקורונה ללא ילדיו או רעייתו לצידו - עמל, ענת, רוני, איתן, לימור ושי - בשל מגבלות הביקור. יהי זכרו ברוך.

¹ מיתות בדד הינן תופעה שתועדה בעיקר באמצעי התקשורת והחדשות השונים ברחבי העולם. ראו להלן ה"ש 2-9. ראו גם רנן נצר "הקורונה מטלטלת את דילמת סוף החיים" **השומרים המרכז לתקשורת ודמוקרטיה** <https://www.hashomrim.org/hebrew/354> (פרופ' שפלוביץ: "רבים מחולי הקורונה נפטרים ללא בני משפחה לצידם, מה שנחוה כדבר לא טבעי ובתקופה הזאת אנחנו רואים את הסיטואציות האלה מעל ומעבר").

² John Leland, *She Fears Dying Alone More Than the Coronavirus Itself*, THE NEW YORK TIMES, <https://www.nytimes.com/2020/04/07/nyregion/dying-alone-coronavirus.html> (last visited Apr 24, 2020).

³ תמיר סטיינמן "דייר נוסף ממשען ב"ש מת מקורונה: "סבא מת לבד, בלי אף אחד לידו" **חדשות 12** (8.4.2020) https://www.mako.co.il/news-lifestyle/2020_q2/Article-41decdaea295171026.htm.

⁴ איתי בלומנטל וסיון חילאי "עלה ל-5 מניין הקורבנות: 'גם אמא חלתה, הודענו לה בוויאדו שאבא מת'" **Ynet** (25.3.2020) <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5701206,00.html>.

⁵ סטיינמן, לעיל ה"ש 3.

⁶ מאיה הורדוניציאנו, נייר ינגה וואלי אשכנזי "מלכודות מוות: כרבע מהמתים מקורונה בישראל – דיירים בבתי אבות" **וואלה!** (6.4.2020) <https://news.walla.co.il/item/3350609>.

⁷ שם.

בנטל הרגשי הנוסף שנופל על כתפיהם,⁸ "המחיר הנפשי שזה גובה ממני הוא עצום. אם לא קורונה, אני אמות מהתקף לב או שברון לב".⁹

ההסבר המרכזי והרשמי למדיניות הבידוד ההרמטית של חולי קורונה בבתי חולים נטוע בהגינות רפואיים-אפידמיולוגיים שלפיהם ככל שנמזער חשיפה למבקרים חיצוניים בתוך בית החולים, כך ניתן יהיה להשיג שליטה טובה יותר בהתפרצות הווירוס בתוך בתי החולים ובקרב הציבור.¹⁰ למול עמדה טכנוקרטית זו של בעיה ופתרון, אבקש להציע הסבר אחר, שלפיו מדיניות הביקור ההרמטית בבתי החולים איננה כורח המציאות אלא תולדה של תהליכים היסטוריים, שהכשירו את הקרקע הנורמטיבית לבחירה בדרך התמודדות זו דווקא ולא בדרכים אפשריות אחרות. הפרספקטיבה ההיסטורית שאבקש לפרוס כאן מאפשרת לזהות תהליכים חברתיים שהולידו תפיסות עכשוויות באשר לשאלה מי האדם או האנשים החיוניים לצד מיטתו של הנוטה למות ומי קובעים את הכללים לעניין זה. כפי שאראה להלן, מה שהחל כאיסור כמעט מוחלט על ביקור חולים בבידוד, התגלה בהמשך הדרך כבלתי מתחייב ורוכך לאור בקשותיהן של משפחות חולי קורונה להיפרד מיקריהן.

רשימה זו תעסוק בנורמות המשפטיות המאפשרות למיתות בדד להתרחש, ובפרט תעסוק בכללי הביקור של בתי החולים השונים בישראל, אשר הוסמכו מכוח צו חירום להגביל מבקרים ולבודד חשודים או חולים בקורונה בתוך בית החולים. אומנם כיום בתי חולים מתבקשים על ידי משרד הבריאות לאפשר פרדה מחולי קורונה נוטים למות באופן גורף, אך בתחילת המגפה עשה כל בית חולים דין לעצמו.

⁸ מאיטליה, Harry Howard, *Italian doctor describes dying patients' last moments*, DAILY MAIL (Mar. 20, 2020), <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8135907/Italian-doctor-describes-dying-patients-moments-plead-loved-Watching-patients-die-alone-breaks-doctors-hearts-in-provincial-Italy-hospital>, CNA ; ארה"ב <https://www.channelnewsasia.com/news/world/coronavirus-covid-19-patients-die-alone-breaks-doctors-hearts-12558460>; Maria Grazia Murru, 'Everyone is dying alone': Italy's coronavirus crisis taking double toll on families, GLOBAL NEWS (Apr. 6, 2020), <https://globalnews.ca/news/6782647/coronavirus-italy-death-toll-families>.

⁹ שירלי נחמה פרקש "להחזיק את היד במקום בן משפחה: הרופאים והאחיות שנפרדים מהמתים" **Ynet** (21.4.2020) <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5717154,00.html> (ועוד: "היה מקרה של אישה מבוגרת שנפטרה והודעתי על כך לאחותה בטלפון. זה היה מאוד קשה, מאוד לא אנושי, אתה מרגיש שזה לא בסדר", "אני עומד ליד הנפטרים, והמשפחה לא שם", "אנחנו בתווך, בין אלו שנמצאים במצב קשה, מונשמים ומורדמים, ובין המשפחות שלהם").

¹⁰ מכתב מורד עזרא, ראש חטיבת הרפואה, אל מנהלי בתי החולים (25.6.2020) govextra.gov.il/media/21477/mr-277137520.pdf; "הנחיות למבקרים ולמלווים בבית החולים" **המרכז הרפואי הלל יפה**; hy.health.gov.il/?CategoryID=2153&ArticleID=7865; "מידע למטופל ולמבקר בימי הקורונה" **מרכז רפואי כרמל** hospitals.clalit.co.il/carmel/he/Patient-Information-critic/Pages/corona-information.aspx.

בחלק א' אתאר תהליכים היסטוריים-חברתיים שדחקו את המשפחה והקהילה ממיטת החולה והפכו את המוות לאירוע הנתון להסדרה רפואית-משפטית רווחת. בתוך מסגרת רגולטיבית זו, הטיפול והדאגה שמעניקים בני המשפחה והקהילה הקרובה מיוצגים על ידי המונח "ביקור", שמוסדר באמצעות מדיניות הביקורים של בית החולים.

בחלק ב' אעבור לתאר את מדיניות הביקור בבתי חולים בישראל במהלך הגל הראשון של הקורונה. בחלק זה אדגים שבתי חולים הנהיגו מדיניות המבוססת על הגבלת ביקור כללית וחריגים בשיקול דעת. בעוד מרבית החריגים למגבלת הביקור עוסקים בילדים ויולדות, לא הותקנו חריגים ייעודיים למצבי סוף החיים. ביקורים של חולי קורונה נוטים למות התקיימו בשיקול דעת המוסד, החשיבות שהוא ייחס להם והמשאבים שהמוסד היה מוכן להקצות כדי לקיימם.

בחלק ג' אקיים ניתוח נורמטיבי של סמכות שיקול הדעת הנתונה לבתי החולים מנקודת המבט של שוויון וצדק חלוקתי. בחלק זה אטען בקצרה שבתקופת הגל הראשון, פרדה מהנוטים למות הייתה פריווילגיה שתלויה ביכולתו של בית החולים להשקיע את המשאבים הנדרשים במיגון המבקרים. כך, היעדר זכות בסיסית לבקר חולים בתקופת הקורונה פגעה בעיקר באוכלוסיות מוחלשות ממילא.

בחלק ד' אמשך בניתוח נורמטיבי-משפטי ואציף את השאלה, האם ניתן לבסס זכות משפטית לבקר את הנוטים למות במשפט הישראלי? אזכיר בקצרה שני מסדים משפטיים שיכולים לתמוך ביצירתה של זכות גישה לבני משפחה וקרובים על ערש דווי: הזכות לאוטונומיה והזכות לטיפול מקל/פליאטיבי. את הדיון אסיים בדילמה הקיימת ביחס לשימוש בשיח הזכויות כדי להסדיר את ענייני סוף החיים, מבלי להכריע בה.

בחלק ה' אתבונן לעתיד ואבקש לחשוב על עתיד הפרדה מהנוטים למות בעידן הטכנולוגי. לאור הדחיפה המואצת לערוך מפגשים באופן וירטואלי, בחלק זה אטען שהתחליף הטכנולוגי המוצע כיום לפרדה מהנוטים למות באמצעות טלפון או שיחת וידאו (אותו אני מכנה ה"פרדה הדיגיטלית") אינו חלופה הולמת לפרדה, וכי כדי לחלץ את עצמנו מהדיסטופיה הטכנולוגית האורבת, יש לפתח טכנולוגיות מותאמות, לטפח אוריינות טכנולוגית ולוודא שהפרדה הדיגיטלית תהיה תחליף וולונטרי ולא כפוי.

לצד ההבנה שמיתות בדד הן בחירה מנהלית-נורמטיבית ולא כורח המציאות, צומחת ההכרה שניתן למנוע אותן. כאמור, לאחרונה החל משרד הבריאות לפעול לכך וביקש מבתי החולים בישראל לאפשר מפגשים בין חולי קורונה למשפחתם. פעולה זו מלמדת שהגורמים האמונים במערכת הבריאות ובתי החולים מסוגלים להתחשב בתפיסות תרבותיות ומוסריות באשר ל"מוות הטוב" בחברה הישראלית על גווניה, מבלי להפקיר את בריאות הציבור. להשקפתי, זוהי חובתם וחובתנו.

א. מהקהילה אל הרופאים: על המדיקליזציה של המוות

בפרק זה אטען שהרחקת הנוטים למוות מקהילתם ומשפחתם איננה תופעה חדשה ואף אינה קשורה למגפות. לאמיתו של דבר, משבר הקורונה הנוכחי הקצין מגמה שהחלה במאה התשע עשרה במדינות העולם המערבי – הדחקתו של המוות לשולי התודעה האנושית. הכחשת המוות בחברה המערבית המודרנית קשורה לתהליך היסטורי חשוב אחר והוא המדיקליזציה של המוות. מונח זה מתאר תמורות רבות, ושתיים מהן חשובות לענייננו: מיקומם החדש של המוות ומהלך הגסיסה בבית החולים והכפפתם להגיונות מדיקו-משפטיים של מאבק על החיים באמצעים ביולוגיים וטכנולוגיים; הענקת תפקיד מרכזי לאנשי המקצוע הרפואיים בתוך מהלך זה ודחיקתן של הקהילה והמשפחה ממיטת החולה. בהתאם, חלק זה במאמר מזהה את תופעת "מיתות הבדד" של אנשים שנפטרים במחלקות מבודדות וסטריליות, ללא בני משפחה או קרובים ובנוכחות של אנשי צוות רפואי ממוגנים בצורה מסיבית, כמקרה קיצון של מוות מדיקלי. מתוך הרצון למקם את הפצעת מיתות הבדד כתגובה למשבר הקורונה בהקשר היסטורי, יש חשיבות לעמוד, גם אם בקצרה, על תהליך המדיקליזציה שעבר המוות במאות האחרונות.

לדברי זולא ואחרים, מדיקליזציה היא תהליך שבו תחת המושג "בריאות" והמטרה של טיוב החיים מוכללים אינספור מצבים ופעילויות שלא היו מסורים להיגיון או ניהול רפואיים קודם לכן, למשל אכילה, שינה, עבודה, בעיות התנהגות ועוד.¹¹ המונח "מדיקליזציה של המוות" מתאר, בהתאם, את הכפפת התהליכים של גסיסה ומוות לסמכות רפואית משפטית וטכנולוגית בעת המודרנית. המושג "ביופוליטיקה" של פוקו מתאר מהלך דומה, שבמסגרתו הריבון משנה את מוקד העיסוק שלו מלקיחת חיים כאקט של ענישה לטיפול החיים באמצעות

¹¹Irving Kenneth Zola, *Medicine as an Institution of Social Control*, 20 Soc. Rev. 487 (1972)

משמוע.¹² בעוד המונרך המלוכני טיפח את כוחו באמצעות הזכות לשים יד על טובין, תוצרים, שירותים, עבודה ולבסוף על החיים, המדינה המודרנית מתחזקת בדרך שונה - היא מפעילה סוגים שונים של כוח שמטרתם ליצור צמיחה, להגביר ייצור ולארגן את תוצריה ביעילות לטובת הכלל. היגיון מדיני זה מוביל את מוסדותיה המנהליים למדוד את גופו של האזרח ולפקח עליו מרגע היוולדו עד רגע מותו, במטרה להופכו לאורגניזם-אזרח מועיל לחברה.¹³ במובן זה, המדיקליזציה של המוות משרתת גם אינטרסים משפטיים של טיפוח החיים וניהולם מרגע הלידה עד רגע המוות ומקסום התועלת החברתית מהם כל עוד הם מתקיימים.

בחברה הטרנס-תעשייתית, פרדה מהנוטים למות נשלטה בעיקר על ידי הדת ועירבה בה באופן ניכר את הקהילה והמשפחה. בנצרות נכתב הרבה על "אומנות המיתה" (*ars moriendi*), שמקורה באירופה של ימי הביניים ואשר הועברה במעין מדריכים ותמונות, שכללו הוראות ודימויים כיצד למות "מוות טוב" או יאה.¹⁴ הפולחנים של אומנות המיתה היו קשורים בעיקר בכומר, אך כוונו גם למלווי של האדם הגוסס, שהיו בעלי תפקיד משמעותי בהכנתו ל"מוות הטוב", שאופיין בשלווה והשלמה עם העומד לבוא.¹⁵ הגוססים יכלו לבחור במי שילוה אותם למותם, ושעת המוות הייתה אירוע שבו יכלה הקהילה לצפות במוות קדוש.¹⁶ גם ביהדות התפתחו טקסי מיתה קהילתיים סביב המצוות הקשורות לעניין זה, ביניהן מצוות ביקור חולים והתאספות ליד מיטתו של החולה לתפילת וידוי שכיב מרע, שבאמצעותה יכול הנפטר, לפי האמונה, לשפר את מצבו בעולם הבא.¹⁷ במאה השבע עשרה החל מנהג זה להופיע בספרים ולהתבצע בצורה מאורגנת על ידי אנשי החברה לגמילות חסדים; אלה נהגו להיכנס לבית החולה, לעמוד ליד מיטתו ולנהל את התפילות כך שהוא וגם משפחתו מתוודעים למוות המתקרב ומתכוונים לו רוחנית ודתית.¹⁸

כתיבתו של ההיסטוריון והפילוסוף הצרפתי פיליפ אריאס עסקה באופן מובהק ביותר ברעיון של מוות בתקופה הפרה-מודרנית כאירוע שנטוע בסביבה קהילתית.¹⁹ אחד המושגים שיצר אריאס בעבודתו הוא "מוות מאולץ"

¹² מישל פוקו **תולדות המיניות** כרך א 91 (גבריאל אש מתרגם 1976).

¹³ שם, בעמ' 97.

¹⁴ SHAI JOSHUA LAVI, THE MODERN ART OF DYING A HISTORY OF EUTHANASIA IN THE UNITED STATES 5 (2005)

¹⁵ ROB MOLL & LAUREN WINNER, THE ART OF DYING: LIVING FULLY INTO THE LIFE TO COME 54-55 (2010)

¹⁶ LAVI, לעיל ה"ש 14, בעמ' 27.

¹⁷ אבריאל בר לבב "ספרי חולים ומתים בספרות ההנהגות" **מחקרי ירושלים במחשבת ישראל** 341 (1998); אבריאל בר לבב "למות לפי הספר: ספרי חולים ומתים והעיצוב היהודי הטקסי של המיתה בראשית העת החדשה" **זמנים** 71, 72 (2000).

¹⁸ שם. לדברי בר לבב, המנהג התפשט לכל רחבי העולם היהודי. ראו למשל התייחסות לליווי הנפטר בשעותיו האחרונות על ידי אנשי ה"חברה" של גמילות חסדים: מאיר אלעזר עטיה **משולחן אבותינו - אוצר מנהגי הלכה ומסורת על פי חכמי מרוקו** 514-517 (2014).

¹⁹ ראו גם את כתיבתם של גורר ובקר בנושא הכחשת המוות והפיכתו לטאבו חברתי, ERNEST BECKER, THE DENIAL OF DEATH (1973); Geoffrey Gorer, *The Pornography of Death*, 5 ENCOUNTER 49 (1955).

(*tamed death*), שהתרחש בתקופת ימי הביניים. המוות המאולף היה אירוע צפוי, שזכה להתכוננות מראש והוא התרחש בסביבה שלוה בתוך מעגל של משפחה ומכרים.²⁰ ההיבט הציבורי והקהילתי של המוות המאולף היה מרכיב חשוב בקיומו.²¹ אריאס הנגיד את המוות המאולף של ימי הביניים עם המוות ה"אסור" וה"פראי" של המאה העשרים, שמתרחש הרחק מעיניהם של האנשים, בתוך בתי החולים ותחת השרביט המדיקלי והטכנולוגי שמכוונים להילחם בו.²² עבודתו תיארה גישות שונות למוות בעולם המערבי, שביטאו מגמה כרונולוגית להרחקת הגוססים והמתים מהסביבה הקהילתית שבה מתקיימים חיים.²³ המוות הפראי מאופיין בטאבו חברתי, בפחד ובחוסר ודאות ביחס לעומד לבוא.²⁴ הוא שקוף, מוכחש חברתית ומתרחש בתוך בתי חולים ומוסדות ששינו את טבעו, מאירוע משפחתי קהילתי וחברתי לאירוע ביולוגי ופסיכולוגי אישי ומבודד.²⁵ עבודתו של אריאס אומנם זכתה לביקורות רבות,²⁶ אך עם זאת גם מבקרי אינם חולקים על כך שתהליכי המודרניזציה, התייעוש והעיור הביאו את המוות להתנהל בבית החולים תחת היגיון מדיקלי בעיקרו.²⁷

בספרו העוסק בעלייתה של המתת החסד בארצות הברית מתאר שי לביא את הפיכתה של "אומנות המיתה" ל"טכניקה", מהלך שסימן את עלייתם של הרצון והיכולת לשלוט במוות. תהליך היסטורי זה הביא להחלפת הדמויות העומדות בצד מיטתו של הנוטה למות. בעוד עד מחצית המאה התשע עשרה נהגו רופאים לעזוב את מיטת החולה כאשר היה ברור שהוא עומד למות, תפיסה חדשה גרסה שרופאים צריכים להישאר לצידו ולעזור לו להגיע למוות קל וטוב.²⁸ כך בסוף החיים, כמו בהקשרים רבים אחרים, הוחלף היגיון דתי בהיגיון רפואי.²⁹ לביא מתאר את בית החולים המודרני כדוגמה מייצגת לעליית הטכניקה והשליטה: כשהחולה מגיע לבית החולים, מצבו הרפואי נמדד, מאובחן, מושווה ומיוצב.³⁰ פרקטיקות אלו, שמטרתן הסופית לרפא, גם יוצרות

²⁰ PHILIPPE ARIES, WESTERN ATTITUDES TOWARD DEATH FROM THE MIDDLE AGES TO THE PRESENT 7-12 (1974).
המוטיבציה לציבוריות המוות לא הייתה רק החובה המוסרית ללוות את האדם הגוסס ולהקל עליו, אלא רצון לבטא את הרעיון שהקהילה עצמה נפצעה בלכתו של אדם ממנה, ושהקשרים המשפחתיים והקהילתיים שנגדעו צריכים להחלים: DANIEL CALLAHAN, THE TROUBLED DREAM OF LIFE: LIVING WITH MORTALITY 26-28 (1993).

²² שם.

²³ PHILIPPE ARIÈS, THE HOUR OF OUR DEATH 559-560 (1991).

²⁴ שם, בעמ' 30.

²⁵ שם, בעמ' 31.

²⁶ למשל שהתארוך והנרטיב הקונספטואלי שהציע מתעלם מכך שגישות שונות פעלו לעיתים זו לצד זו, ושהתעלם מאירועים וקונפליקטים היסטוריים שלא התיישבו עם הנרטיב שהציע, או לא ייחס להם חשיבות מספקת. ALLAN KELLEHEAR, A SOCIAL HISTORY OF DYING 173-174 (2007).

²⁷ קלהר, למשל, דן במעבר שבין המוות ה"טוב" למוות "מנוהל היטב" במסגרת עליית הכוח הרפואי. שם, בעמ' 149-156.

²⁸ LAVI, לעיל ה"ש 14, בעמ' 6.

²⁹ ראו למשל מהלך דומה בהקשר של אנורקסיה, JOAN JACOBS BRUMBERG, FASTING GIRLS: THE HISTORY OF ANOREXIA NERVOSA (2000).

³⁰ LAVI, לעיל ה"ש 14, בעמ' 11.

קובץ המאמר אינו סופי וצפוי לעבור שינויים נוספים לקראת פרסום

מערך של שליטה ובקרה, שבמסגרתו אנשים משילים את הממדים האחרים של חייהם (המקצועי, המשפחתי ואחרים) ומתמסרים לסטטוס של "חולים". בית החולים המודרני מסמל את תמצית השליטה שמתאר לביא, שבו החולה מנוהל דרך המשקפת של בריאותו בלבד.³¹

ומה בין התהליכים ההיסטוריים הקשורים למדיקליזציה של המוות ושליטה בו לבין מגפת הקורונה? כפי שאבקש להראות ברשימה זו, יש בהם כדי לספק הקשר היסטורי משפטי ונורמטיבי שעל גבו ניתן לפרש את מדיניות ביקור החולים בבתי החולים בעת הנוכחית. ההפקעה ההדרגתית והאיטית של מהלך המוות מקהילות לתוך בתי חולים יצרה מציאות משותפת לרבים: כללי בית החולים הם שמסדירים את מהלך המוות ואת המדיניות של ביקור המאושפזים והנוטים למוות. במסגרת כללים אלו, תפקידם ההיסטורי של בני המשפחה והקהילה ללוות את האדם הגוסס למוותו מוכפף לסטטוס משפטי-רפואי של "מבקרים". סטטוס זה מאפשר להגביל את גישתם לחולה בנוחות ומבטא, לדעתי, באופן מילולי את היותם חיצוניים ובלתי חיוניים לתהליכים האנושיים-ביולוגיים שמתרחשים בתוך בית החולים. כללי הביקור בבתי החולים מבטאים מציאות נוכחת – לבית החולים נתונה שליטה מרבית על תהליך המוות שמתרחש בתוכו. בתקופת הקורונה, שליטה זו הופכת כמעט לאבסולוטית.

ב. מדיניות הביקור בבתי חולים בתקופת הקורונה – פוליטיקה של חריגים

מבחינה היסטורית, ההצדקה להסדרה של ביקורי בני משפחה וקרובים בבתי החולים נשענה, בין היתר, על טעמים אפידמיולוגיים של שמירה והגנה על בריאות הציבור. בתחילת דרכם נחשבו בתי חולים לאזור מסוכן ומידבק המחייב בידוד של חולים,³² אף של הורים לילדים.³³ בהתאם, בתחילת המאה העשרים היו חולים מובאים לבתי החולים ונותרים בהם לבדם, לעיתים גם במשך חודשים. כתוצאה של מצב מורכב וקשה זה,

³¹ שם.

Philip W. Smith, Kristin Watkins & Angela Hewlett, *Infection control through the ages*, 40 AM. J. INFECTION CONTROL 35, 41-42 (2012).

GEORGE J. ANNAS, THE RIGHTS OF HOSPITAL PATIENTS: THE BASIC ACLU GUIDE TO A HOSPITAL PATIENTS'S RIGHTS ³³ 141 (1975).

הסוגיה של הגבלת הביקור בבתי חולים הייתה מושא למאבקים חברתיים ומשפטיים למן ההתחלה בקרב קבוצות משפחות של ילדים, יולדות ועוד.³⁴

הופעתם של אמצעים סניטריים ותרופתיים למניעת הפצת מחלות, עלייתן של תנועות חברתיות לזכויות חולים ואיתן זכויות שונות כגון הסכמה מדעת ופרטיות,³⁵ וכן הבנה מקצועית סוציאלית שלפיה בני משפחה ואנשים קרובים חיוניים לטיפולו והחלמתו של המטופל³⁶ – כל אלה שינו עם הזמן את מאזן השיקולים, וכניסתם של מבקרים הפכה לנורמה מקובלת ואפשרית, גם אם לא באופן מספק.³⁷ כך, הגם שככלל נמשכו תהליכי המדיקליזציה של מצבי חיים שונים, מאבקים חברתיים ותנועות חוץ-רפואיות הצליחו ליצור כוח נגדי, שהוביל לתוצאות משמעותיות ביכולת של בני משפחה ללוות את קרוביהם ולחזק את גישתם של בני המשפחה והקרובים אל המטופלים בתוך בית החולים.

על הרקע הזה יש לראות את מיתות הבדד, שאפיינו את הגל הראשון של הקורונה, כחזרה לנוהג של לפני קרוב למאה שנה. בהיבט המשפטי, המשבר הפך את היוצרות והחזיר את איסור הביקור בבית החולים להיות הכלל, כאשר החריג הוא קיומם דווקא.

בצו מיוחד שהוציא משרד הבריאות בחודש פברואר 2020 נקבע כי בתי חולים יחזיקו אדם חולה בקורונה או אדם החשוד כחולה קורונה בבידוד, ואף יכפו את הבידוד בכוח במידת הצורך.³⁸ צו זה הוא מקור הסמכות העיקרי להגבלת הביקורים וכפיית הבידוד בישראל. במסגרת תיקונים שהוספו לצו זה קבע משרד הבריאות שבתי חולים יגבילו הגעה של מבקרים למספר מוגדר של מלווים ללא תסמינים או ימנעו הגעה כזאת, והעניק למנהל המוסד הרפואי שיקול דעת בהפעלת המגבלה.³⁹ בהתאם לדרישות אלה עדכנו בתי חולים בישראל את מדיניות הביקור המוגבלת במוסדות הבריאות והקימו יחידות קורונה ייעודיות ומבודדות ממבקרים.

Graham Mooney & Jonathan Reinarz, *Hospital visiting in epidemics: an old debate reopened*, HISTORY & POLICY ³⁴ www.historyandpolicy.org/index.php/opinion-articles/article/hospital-visiting-in-epidemics-an-old-debate-reopened (2020).

ANNAS³⁵, לעיל ה"ש 33, בעמ' 141-142.

Judy E. Davidson et al., *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care* ³⁶ *unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005*, 35 CRITICAL CARE MED. 605–622 (2007)

³⁷ ראו למשל דוחות של תנועות למען זכויות ביקור שקוראות להרחיב את זכויות בני המשפחה לבקר את יקיריהם ולהיות מעורבים במהלך הטיפול בבתי החולים: INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE, CHANGING THE CONCEPT OF FAMILIES AS VISITORS: SUPPORTING FAMILY PRESENCE AND PARTICIPATION (2003), resources.ipfcc.org/product_p/32084-1.htm

³⁸ צו בריאות העם (נגיף הקורונה החדש 2019) (בידוד בבית חולים) (הוראת שעה), התש"ף-2020, ק"ת 620.

³⁹ ראו התיקונים השונים לצו בריאות העם (נגיף הקורונה החדש) (בידוד בית והוראות שונות) (הוראת שעה), התש"ף-2020, ק"ת 516.

אומנם מדיניות הבידוד נועדה לחול על כל חולי הקורונה במחלקות המבודדות, אך עם זאת, במסגרת החריגים שהנהיגו בתי החולים למדיניות איסור הביקור, בלטה בהיעדרה התייחסות למצבי סוף החיים. בהתאם לצו, לבתי חולים שמורה היכולת לאפשר ביקורים במצבים המצדיקים זאת לטעמים ובהתאם לשיקול דעתם. כך למשל, בתי חולים רבים הצהירו כי יולדות, ילדים ואנשים עם מוגבלות או אלה הזקוקים לעזרה מוחרגים מההגבלה הכללית על הביקורים והם דווקא יוכלו להסתייע במלווה או שניים, בהתאם למצבם.⁴⁰ בעוד החריגים של יולדות וילדים נכללים במדיניות של בתי חולים רבים, ככלל מצבי סוף החיים לא הופיעו במפורש בכללי הביקור המעודכנים של המוסדות.⁴¹

במהלך הגל הראשון הייתה אפוא האפשרות להיפרד מחולי קורונה נוטים למות תלויה במידת החסד של בית החולים במסגרת שיקול הדעת המסור לו בצו. ואולם, מידת החסד והיכולות משתנות ממוסד למוסד. כך, עדויות שפורסמו בתקשורת ובעיתונות מלמדות שלעיתים, על אף הנחיות הבידוד, בני משפחה זוכים להיפרד מיקריהם אף כשהדבר כרוך בהשקעת משאבים עצומים והשתדלות של המוסד הרפואי. בלט במיוחד בהקשר זה הדיווח על חולה קורונה בן 79 בבית החולים מאיר, שמשפחתו הובאה באמבולנס מיוחד מבידוד ביתי כדי לשהות לצידו בשעותיו האחרונות.⁴²

⁴⁰ ראו למשל, "קורונה ברמב"ם" **רמב"ם - הקרייה הרפואית לבריאות האדם**; <https://www.rambam.org.il/corona>; "יולדות ולידה ברמב"ם בימי הקורונה- התשובות לכל השאלות" **רמב"ם - הקרייה הרפואית לבריאות האדם**; https://www.rambam.org.il/corona/q_a_birth_during_corona; "מידע למטופל ולמבקר בימי הקורונה" **מרכז רפואי כרמל** למטופל בתקופת הקורונה" **מרכז רפואי בני ציון**; <https://www.b-zion.org.il/pages/6937.aspx>; "הודעות לציבור" **מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פורייה**; <https://www.poria.health.gov.il/?CategoryID=2638&ArticleID=5613>; "לידה בימי קורונה" **בי"ח הלל יפה**; [hy.health.gov.il/?CategoryID=2153&ArticleID=7865](https://www.health.gov.il/?CategoryID=2153&ArticleID=7865) - [ans12061 hy.health.gov.il/?CategoryID=2167](https://www.health.gov.il/?CategoryID=2167); "עלו מיון מידע למשפחה חולה קורונה" **מרכז רפואי מאיר**; [hospitals.clalit.co.il/meir/he/med/gyne/Documents](https://www.hospitals.clalit.co.il/meir/he/med/gyne/Documents) pdf; "קורונה: חדרי המיון" **שיבא תל השומר**; <https://www.sheba.co.il>; "איכילוב בימי הקורונה: שיגרה מתואמת" **המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי**; <https://www.tasmc.org.il/corona/Pages/fam-info.aspx>; "קורונה" **המרכז הרפואי קפלן**; [hospitals.clalit.co.il/kaplan/he/gen_info/kaplan_news/Pages/coronavirus.aspx](https://www.hospitals.clalit.co.il/kaplan/he/gen_info/kaplan_news/Pages/coronavirus.aspx); "המרכז הרפואי סורוקה"; [hospitals.clalit.co.il/soroka/he/about/Documents/dovrut](https://www.hospitals.clalit.co.il/soroka/he/about/Documents/dovrut) pdf; "ניתן להניח שמדיניות זו חלה על בתי חולים נוספים בבעלות קופת החולים כללית, בהם בילינסון, השרון, שניידר, מאיר, קפלן, העמק ואחרים".
⁴¹ טענה זו מסתמכת על בחינה של מדיניות הביקור ב-15 מרכזים רפואיים ובתי חולים בישראל: רמב"ם, המרכז הרפואי כרמל, מרכז רפואי העמק, מרכז רפואי בני ציון, בית החולים פוריה, המרכז הרפואי גליל, בית חולים אלישע, בית חולים הלל יפה, מרכז רפואי מאיר, המרכז הרפואי אסף הרופא, המרכז הרפואי שיבא תל השומר, מרכז שניידר לרפואת ילדים, המרכז הרפואי קפלן, סורוקה מרכז רפואי, המרכז הרפואי ברזילי. ראו שם.
⁴² הגר שיוף ואלמוג בן זכרי "ארון מתים שקוף וחליפות מגן: כך יאפשרו למשפחות חולי קורונה להיפרד מיקריהן" **הארץ** (3.4.2020). <https://www.haaretz.co.il/misc/article-print-page/premium-1.8735917>

מסקירה זו עולה שבמסגרת הסמכות להגביל ביקורים ולבודד את מי שחשודים כחולי קורונה, לבתי החולים יש שיקול דעת רחב בקביעה של מספר המבקרים המותר, סוגי החריגים למגבלות הביקור והרמטיות הבידוד ביחס למי שחשודים כחולים בקורונה. חריגי סוף החיים בולטים בהיעדרם ממדיניות הביקור המעודכנת של בתי החולים, אולם נראה ששיקול הדעת המוסדי הוא בעל השפעה מכרעת בשאלה אילו ביקורים יתקיימו בפועל. בהתאם, בחלק הבא אבקש להסיט מבט לעבר משמעויות הרחב החלוקתיות והנורמטיביות של מצב דברים זה, שלפיו בתי חולים מנהיגים מדיניות ביקורים התפורה ליכולותיהם ורצונם.

ג. בית חולים איכילוב כחריג לכלל - שוויון וצדק חלוקתי

בחלק זה אטען בקצרה שאחת התוצאות של הענקת שיקול דעת מוסדי ביחס לביקורי חולים נוטים למות בבתי החולים יוצרת פגיעה בשוויון בין מטופלים בהענקת שירות רפואי בסיסי.

כזכור, נוהלי בתי החולים שפורסמו באתרי האינטרנט העידו על שונות רבה במדיניות של ביקור חולי הקורונה ואפשרות הפרדה מחולים קשים.⁴³ בעקבות בקשת חופש מידע בנושא מדיניות הביקור של חולים נוטים למות במחלקות הקורונה בבתי החולים השונים, התשובות שהתקבלו במהלך חודש יולי מלמדות כי גם לקראת הגל השני לא הייתה לבתי חולים רבים מדיניות אחידה או ייעודית לביקור חולים במחלקות הקורונה המבודדות.⁴⁴

ואולם, בעוד בתי חולים רבים בישראל לא אפשרו להיפרד מחולי קורונה הנוטים למות באופן פורמלי בתקופה המדוברת, הצהיר המרכז הרפואי ע"ש סוראסקי (בית חולים איכילוב) כבר בתחילת חודש אפריל, שלהי הגל הראשון, כי ינהיג מדיניות שונה. לפי מדיניות זו, בית החולים יאפשר לבני משפחה מדרגה ראשונה להגיע ולהיפרד מחולים נוטים למות במחלקת הקורונה ויספק למבקרים את המיגון הנדרש. בהתייחסו להחלטה אמר מנהל בית החולים, רוני גמזו: "מערכת הבריאות הייתה בקיבעון מחשבתני. אסור לאף אדם למות לבד, ובאיכילוב זה לא יקרה יותר, ואני מאמין ששאר העולם ילך בעקבותינו [...]. הבנו שאין בעיה לעשות את זה ושזה

⁴³ ראו לעיל ה"ש 40.

⁴⁴ מתוך שבעה בתי חולים שהשיבו לבקשה, שלושה בתי חולים יצרו נוהל מיוחד לביקור חולי קורונה נוטים למות, ארבעה בתי חולים לא יצרו נוהל מיוחד לביקור חולי קורונה וככלל הקפידו על בידוד, אולם שניים מהם השיבו כי במקרים של סכנה ממשית לחיים בני משפחה יכולים לבקר בתיאום ותחת מיגון ופיקוח הדוק.

קובץ המאמר אינו סופי וצפוי לעבור שינויים נוספים לקראת פרסום

סתם קיבעון למנוע כליל את כניסת המשפחה, כאילו בשם הקטלניות של הווירוס הכל מותר".⁴⁵ מאז פרסומה, זכתה מדיניות זו לפרסום נרחב וסיקור תקשורתי אוהד בארץ ובעולם.⁴⁶

הרעיון שלפיו אמצעי מיגון וסניטציה יכולים להחליף את השימוש בסגר ובידוד מבטא מחלוקת רפואית ומשפטית ישנה בהיסטוריה של התמודדות עם מגפות. כתגובה לשימוש באמצעי המוכר של סגר (quarantine) על ערים, שכונות ואוכלוסיות כדי להשיג שליטה במגפות, התפתחה החל מהמאה התשע עשרה מחשבה רפורמיסטית פרקטית, שעניינה איתור התנאים המעודדים תחלואה וטיפול בהם, כך שהמדינה לא תתערב בחיי המסחר וחופש התנועה של האזרחים באמצעות סגר.⁴⁷ בספרו של ג'ון ויט, העוסק בהיסטוריה של התמודדות משפטית עם מגפות בארצות הברית, הוא מציע טיפולוגיה של אמצעי התמודדות מנהליים-משפטיים המבוססת על מחלוקת רפואית זו.⁴⁸

בטיפולוגיה המוצגת יש שתי גישות מרכזיות להתמודדות עם מגפה: האחת גישה אוטוריטרית מבוססת סגר, והאחרת גישה פרוגרסיבית מבוססת היגיינה וסניטציה.⁴⁹ כדוגמה לגישה הסניטרית מציג ויט את לונדון, שבהגעת הכולרה באמצע המאה התשע עשרה לא החילה הסגרים רחבים אלא דווקא פעלה ליצירת מערכת מים חדשה והשקיעה מאמצים לנקות את רחובותיה. גישות סניטריות מדגישות את השיפור בתנאים חברתיים, חינוך, אמון והשתתפות רצונית במאמצים להתגבר על המחלה.⁵⁰ אף על פי שגישת הסניטציה-היגיינה קשורה בעבודות בהיסטוריה מגונה של הצדקת תאוריות בדבר נחיתות מעמדית וגזעית של אוכלוסיות מוחלשות,⁵¹ ויט מזהה אותה כפרוגרסיבית בשל שאיפתה המרכזית לצמצם פערים ברווחה ולשפר תנאי מחיה ירודים.⁵² למול כך מתאר ויט את הגישה האוטוריטרית להתמודדות עם מגפות כגישה מבוססת סגר. כדוגמה הוא נותן את פרוסיה,

⁴⁵ רוני לינדר "איכילוב יאפשר למשפחות של חולי קורונה להיפרד מהם לפני מותם - תחת מיגון מלא" **TheMarker** (2.4.2020) <https://www.themarker.com/news/health/1.8735942>; הנוהל המלא מצוי בידי המחברת.

⁴⁶ איתי בלומנטל "אישה בת 74 נפטרה מקורונה; תיעוד מצמרר: בתה נפרדת ממנה בביה"ח" **Ynet** (23.4.2020) <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5719638,00.html> Hospitals move to allow family visits for people dying of ; <https://www.nbcnews.com/news/world/hospitals-move-allow-family-visits-people-dying-coronavirus-n1202896>, NBC NEWS (MAY 9, 2020), <https://www.nbcnews.com/news/world/hospitals-move-allow-family-visits-people-dying-coronavirus-n1202896>.

Erwin H. Ackerknecht, *Anticontagionism between 1821 and 1867 The Fielding H. Garrison Lecture*, 38 INT'L. J. ⁴⁷ EPIDEMIOLOG. 7, 9-13 (2009).

⁴⁸ JOHN FABIAN WITT, AMERICAN CONTAGIONS: EPIDEMICS AND THE LAW FROM SMALLPOX TO COVID-19 (2020).

⁴⁹ שם, בעמ' 8.

⁵⁰ שם.

⁵¹ ובהקשר המקומי ראו את ספרה החשוב של דפנה הירש **באנו הנה להביא את המערב: הנחלת היגיינה ובניית תרבות בחברה היהודית בתקופת המנדט** (2014).

⁵² WITT, לעיל ה"ש 48, בעמ' 27-30.

שבהתמודדות עם מגפת הכולרה נקטה אמצעים של נעילת שכונות, קהילות, ערים והסגרים שגובו על ידי הצבא.⁵³ בספרו טוען ויט שארצות הברית נהגה להתנהל על הספקטרום שבין שתי הגישות, ושבתגובה האמריקאית למשבר הקורונה הנוכחי מהדהדות מסורות ישנות של בחירה בין אמצעים אוטוריטריים לפרוגרסיביים.⁵⁴

בסקירה ההיסטורית שמציע ויט להתמודדותה של ארצות הברית עם מגפות, החל מהשפעת הספרדית ועד מגפת האיידס, הבחירה בשימוש באמצעים כאלה או באחרים הייתה בחירה פוליטית, ששיקפה במידה רבה את יחסי הכוח המסורתיים באותה חברה. לטענתו, בעוד שאוכלוסיות לבנות של מעמד הביניים ומעלה נוהלו באמצעי התמודדות מהגישה הפרוגרסיבית, אוכלוסיות עניות, לא לבנות, מאזורי הספר נוהלו באמצעי התמודדות אוטוריטריים של סגר.⁵⁵ הבחירה בסוג ההתמודדות, לדברי ויט, היא בחירה פוליטית, שמשקפת, בין היתר, את המידה שבה אנחנו מעריכים את החיים של אותן אוכלוסיות, איזה סיכון מוכנים לקחת ומה מוכנים להקריב לשם שמירה על חייהם.⁵⁶ בהתאם, הוא מציע בספרו שהבחירה בפיזור העלויות והתועלות היא תוצר של יחסי כוח מסורתיים בין קבוצות בחברה ושל הדרך שנהוג לנהוג בהן, וקורא ללמוד מטעויות העבר ולבחור היטב את דרכי הפעולה במשבר הנוכחי.

אבקש להחיל את הפרספקטיבה של ויט על מדיניות הביקור החריגה של בית חולים איכילוב בשלהי הגל הראשון ולמקמה באופן דומה בתוך מערכת של יחסי הכוחות המקומיים, הפוליטיים והחלוקתיים. בהשאלה, ניתן לטעון כי בידודם ההרמטי של חולי קורונה נוטים למות במחלקות סגורות בבתי חולים הוא אמצעי שניתן היה לייתרו על ידי שימוש באמצעים סניטריים והבטחת תנאים המונעים הדבקה, למשל שימוש במסכות מגן, כפפות, גלימות, שטיפת ידיים וכן הלאה. כך, במקום לבודד חולי קורונה נוטים למות באופן מוחלט, ניתן להתמודד עם הסיכון האפידמיולוגי הנשקף מפגישה עימם באמצעי מיגון והסברה של כללי הזהירות המתחייבים, בדומה לנעשה בבית חולים איכילוב ובמקומות אחרים. יפים לעניין זה דבריו של פרופ' חיים עומר: "אנחנו מעיזים

⁵³ שם בעמ' 8.

⁵⁴ שם.

⁵⁵ שם, בעמ' 8-10.

⁵⁶ שם, בעמ' 116.

לדרוש, שאם נחלה ונהיה בסכנה למות, על החברה לדאוג לכך שיוכלו להיפרד מאיתנו! אנו דורשים לייצר אמצעי מיגון לא רק כדי לדחוק אותנו לפינה סטרילית, אלא גם כדי לבוא ולהיפרד מאיתנו במקרה הצורך!"⁵⁷

גם מפרספקטיבה מדעית המחקרים מגלים כי סיכון ההדבקה כתוצאה של ביקורי מבקרים ניתן לשליטה באמצעות פיקוח ומיגון מתאים. יש לזכור כי בתי חולים שהנהיגו מדיניות בידוד מחמירה כלפי חולי קורונה נוטים למות ואסרו מפגשים עם בני משפחתם בשלהי הגל הראשון עשו זאת על בסיס ידע חסר ביותר ומבלי שהסיכון להדבקה כתוצאה של מפגשים כומת באופן מהימן. דיווחים על התפרצויות של מגפת הקורונה בבתי חולים ברחבי העולם בוודאי תרמו לחשש מהדבקות המוניות בבתי חולים והביאו, ככל הנראה, להנהגה של מדיניות בידוד כמעט הרמטית במחלקות הקורונה. ואולם, נתונים שהגיעו מאוחר יותר וניסו למדוד את כמות ומקורות ההדבקה בבתי חולים באופן מהימן שפכו אור על הסוגיה. בכלליות, מחקרים מסוג זה נתקלים בקושי להתחקות אחר מקור ההדבקה הוודאי בבית החולים בשל תקופת הדגירה המשתנה. עם זאת, מחקרים שבחנו בתי חולים באנגליה וארצות הברית דיווחו כי מתוך כלל החולים המאומתים בקורונה השוהים בבית החולים, אלה שככל הנראה נדבקו בתוך בית החולים היוו כ-6.8%-15% לפי ההערכות.⁵⁸ המחקרים ניסו לשער מהם ערוצי ההדבקה בתוך בתי החולים והזכירו כמה מקורות אפשריים. מחקר אחד מצא שמתוך המקרים של הדבקה בבתי חולים, כ-88.9% קרו כתוצאה של שהייה במחלקה עם חולה קורונה.⁵⁹ מחקר אחר מאשש ממצא זה – נמצא בו שכ-55% מתוך ההדבקות בבתי החולים קרו כתוצאה של אשפוז בחדר עם חולה קורונה, 14% נדבקו כתוצאה של אשפוז באותה מחלקה עם חולה קורונה, והיתר ממקור לא מזוהה, ייתכן שכתוצאה של מפגש עם הצוות או עם מבקרים לא מאובחנים.⁶⁰ מחקר אחר מצא שמתוך 697 מקרים של מקרי קורונה מאומתים, רק שניים אומתו ככאלו שנדבקו בבית החולים, אחד מהם מקורו בהדבקה ממבקר או מבקרת בלתי מאובחנים.⁶¹ מדברים אלו עולה שערך הדבקה מרכזי בבתי חולים הוא ככל הנראה היעדר אבחון של מאושפזים

⁵⁷ הדס שהרבני סיידון "גם לחולי הקורונה הקשים מגיעה הזכות להיפרד ולמות כרצונם" **המקום הכי חם בגיהנום** (27.4.2020) <https://www.ha-makom.co.il/post-hadas-corona-death>

⁵⁸ B. Carter et al., *Nosocomial COVID-19 infection: examining the risk of mortality. The COPE-Nosocomial Study (COVID in Older People)*, 106 J. HOSP. INFECTION 376–384 (2020); Rachel M. Wake et al., *Reducing nosocomial transmission of COVID-19: implementation of a COVID-19 triage system*, 20 CLINICAL MED. e141–e145 (2020); Hannah M Rickman et al., *Nosocomial Transmission of Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Study of 66 Hospital-acquired Cases in a London Teaching Hospital*, CLINICAL INFECTIOUS DISEASES (Jun. 20, 2020), <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa816>.
⁵⁹ Wake et al., לעיל ה"ש 58, בעמ' e141–e145.

⁶⁰ Rickman et al., לעיל ה"ש 58.

⁶¹ Chanu Rhee et al., *Incidence of Nosocomial COVID-19 in Patients Hospitalized at a Large U S Academic Medical Center*, 3 JAMA Network Open e2020498–e2020498 (2020).

כחולי קורונה ומיונם למחלקות מתאימות בתוך בית החולים. כך או כך, מחקרים מדגישים כי האמצעים להפחתה של שיעורי הדבקה בבתי חולים יעילים ביותר ונעוצים בביצוע בדיקות תכופות למושפזים ואנשי הצוות, מיונם לפי רמות סיכון לתחלואה, עטיית מסכות אוניברסלית, סינון מבקרים בעלי תסמינים והתמגנות בהתאם להנחיות ה-CDC (Centers for Disease Control and Prevention).⁶²

ואולם, משאבי מיגון לטובת קיום מפגשי פרדה אינם זמינים לכולם. היכולת להעניק חריגים להוראת הבידוד הכללית באמצעות מיגון היא פונקציה של משאבים שיש לבית החולים ואולי גם של מעמדה הפוליטי של האוכלוסייה שהוא משרת. מפרספקטיבה זו, הפריווילגיה הייחודית שסיפק בית חולים איכילוב למטופליו שעתקה את אי-השוויון המתועד והמוכר בנגישות לשירותי בריאות איכותיים בין המרכז לפרפריה, שבו בתי החולים פועלים תחת "תרבות של מצוקה תקציבית" לעומת בתי החולים הגדולים במרכז הארץ.⁶³ כך, פריווילגיית הפרדה, המתאפשרת הודות להשקעה בתנאי מיגון וסניטציה נאותים, זמינה לאוכלוסיות החזקות, שממילא נהנות משירותים רפואיים באיכות גבוהה יותר. בתגובה לפרסום המדיניות של איכילוב הגיבו בתי חולים אחרים בעיתונות כי גם הם היו מעוניינים לאפשר ביקור אצל חולי קורונה נוטים למות, אך חלקם התלוננו על מחסור בציוד מגן ותיארו ניסיונות להתגבר על כך באמצעות פתרונות יצירתיים. עוד נמסר שגם בבית החולים הדסה עין כרם החליטו לאמץ נוהל דומה.⁶⁴

הטענה שיש לאפשר "פרדה שוויונית" בין בתי חולים היא טענה מורכבת מבחינה משפטית וערכית. מבחינה משפטית, יש חובת שוויון כללית החלה על מערכת הבריאות הציבורית מכוח כמה חיקוקים, בהם סעיף 1 לחוק בריאות ממלכתי, המצהיר שביטוח הבריאות הממלכתי "יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית",⁶⁵ וסעיף 4 לחוק זכויות החולה, שאוסר על הפליה בין מטופלים מטעמי דת, גזע, מין לאום או מטעמים דומים.⁶⁶ הפסיקה אף הכירה בתחולת החובה להעניק שירותי בריאות באופן שוויוני על קופות החולים⁶⁷ ואף על

Aaron Richterman, Eric A. Meyerowitz & Muge Cevik, *Hospital-Acquired SARS-CoV-2 Infection: Lessons for Public Health*, 324 JAMA 2155–2156 (2020)

⁶³ מבקר המדינה דו"ח שנתי 63 לשנת 2012 ולחשבונות שנת הכספים 2011 822-818 (2013) https://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_114/c4fff905-d01b-4b69-a43c-ba7771f5f2b2/7950.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1

⁶⁴ ניר חסון "במחלקת הקורונה בהדסה נאבקים באויב אפילו גדול יותר מהנגיף. תיעוד מצולם" הארץ (14.4.2020) <https://www.haaretz.co.il/health/corona/premium-MAGAZINE-1.8763011>

⁶⁵ ס' 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ס"ח 156.

⁶⁶ ס' 4 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.

⁶⁷ בג"ץ 8335/09 קרן דולב לצדק רפואי נ' שר הבריאות (נבו) (16.2.2012).

בתי חולים.⁶⁸ ואולם, נגישות שוויונית לשירותי בריאות תלויה בהבחנות נוספות, כגון מעמדו המשפטי של בית החולים המטפל וסוג השירות המבוקש. מערכת הבריאות בישראל מורכבת, בין היתר, מבתי חולים ממשלתיים, בתי חולים בבעלות קופת חולים וכאלו שהם בבעלות פרטית, המשפיעה על מידת כפיפותם לערך השוויון הכללי.⁶⁹ בנוגע לסוג השירות הניתן, בעניין **אסותא** קבע בית המשפט כי גם אם קיימת זכות חוקתית לנגישות שוויונית לשירותי בריאות, לא כל אי-שוויון מצוי בליבתה. כך למשל, הזכות לבחור רופא מנתח "אינה נמצאת בליבת שירותי ההכרח להם זקוק אדם לשם שמירה על קיום מינימאלי בכבוד".⁷⁰ לאחרונה הוגשה עתירה כנגד שר הבריאות וקופות החולים, העוסקת בחוסר שוויון בין מטופלים בפריפריה למטופלים במרכז בכל הקשור להספקת שירותי שיקום הכלולים בסל הבריאות, אולם זו נמחקה בסופו של דבר בשל התייתרות מרביתה.⁷¹ לסיכום, הטענה המשפטית שיש חובה לאפשר ביקורי משפחות באופן שוויוני בין בתי חולים תלויה, בין היתר, במידת הקרבה של השירות לליבת הזכות לקיום מינימלי בכבוד ולמעמדו הציבורי של בית החולים בו הם מאושפזים.⁷²

מבחינה ערכית עשויה לעלות טענה שמדיניות ריכוזית הכופה שוויון בהספקת שירותי בריאות תוביל דווקא למדיניות נוקשה כלפי כלל המטופלים ולא תאפשר לבתי החולים בעלי אמצעים לתת שירות טוב יותר. בראשית הדברים יש לומר שיש היגיון רב בהענקת שיקול דעת נרחב לבית חולים באשר לאופן שבו ינהל את ענייניו. הסוגיה של שוויון בנגישות לשירותי רפואה אומנם קשורה לאוטונומיה הניהולית של בתי החולים, אך נפרדת במידה רבה. מבלי להיכנס לדיון הסבוך בנוגע למשמעויות חברתיות והכלכליות של הרפואה הפרטית בישראל,⁷³ אעיר בקצרה שטענתי אינה עוסקת בשוויון בתקרת הזכות, אלא ברצפתה. מבחינה זו, אינני טוענת שיש להגביל, למשל, את היוזמה הבלתי רגילה של בית חולים מאיר בהבאת את בני משפחתו של חולה הקורונה הנוטה למות מביתם באמבולנס ממוגן כדי להיפרד. טענתי היא שראוי לשרטט חובה בסיסית, המחייבת בתי חולים לאפשר לחולים נוטים למות להיפרד ממשפחתם באופן סביר ומתקבל על הדעת, שתחול על כלל המוסדות המטפלים בחולים אלו.

⁶⁸ בג"ץ 4253/02 קריתי נ' היועץ המשפטי לממשלה, פ"ד סג(2) 86 (2009).

⁶⁹ ראו למשל בג"ץ 2114/12 האגודה לזכויות האזרח בישראל נ' ממשלת ישראל, פסק דינו של השופט גרוניס (נבו) 15.8.2012 (ניתן לספק שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים בבעלות פרטית למרות הקביעה בעניין קריתי, הנוגעת לבתי חולים ממשלתיים).

⁷⁰ פרשת קריתי, לעיל ה"ש 68, פס' 52 לפסק דינה של השופטת ברלינר.

⁷¹ בג"ץ 6941/16 גליה גנון נ' שר הבריאות (נבו) 3.8.2020.

⁷² Rhee, Baker, et al, לעיל ה"ש 61.

⁷³ דב צ'רניחובסקי וגיא נבון הוצאה הפרטית לשירותי רפואה בישראל, התפלגות הכנסות ועוני בישראל (2012); לאה אחדות וגבי בן נון בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של שר"פ (2012).

האם ניתן לחייב את בתי החולים לאפשר ביקור של חולים נוטים למות בעת מגפה באמצעות מסגרת זכויות האזרח והאדם בישראל? כפי שנראה בחלק הבא, לאחר הגל הראשון בתי חולים ומשרד הבריאות החלו להכיר בחשיבותו של נושא הפרדה וביקור חולי הקורונה במחלקות המבודדות ופעלו להגשמת ביקורים אלו. בחלק זה אבחן אם מסגרת הזכויות הקיימת עשויה ללמד על אינטרס ציבורי ואף על זכות אישית להיפרד על ערש דווי בעיתות מגפה.

ד. הרגולציה של מוות בישראל ושיח הזכויות – היש זכות להיפרד?

בניגוד לאוזלת היד של משרד הבריאות ומרבית בתי החולים במניעת מיתות בדד בתקופת הגל הראשון, נראה שמאז החל מצב הדברים להשתנות לטובה. שני מכתבים מאת ראש חטיבת הרפואה במשרד הבריאות למנהלי בתי החולים מעידים על מחויבות גוברת של משרד הבריאות לאפשר את זכות הביקור לחולי קורונה בכלל ולחולי קורונה על ערש דווי בפרט בקרב כלל בתי החולים בישראל. ביום 19 באוגוסט 2020, פחות מחודש לפני הסגר השני, יצא מכתב למנהלי בתי החולים הנקרא "פרדה מחולי קורונה על ערש דווי"; המכתב מכיר בכך שבתי חולים רבים מאפשרים פרדה מחולי קורונה על ערש דווי, ומבקש מכל בית חולים שטרם עשה זאת "לפעול על מנת לאפשר פרדה זו למשפחה המעוניינת בכך תוך שמירה על כללי הבטיחות והמיגון הנדרשים", וזאת בעקבות פניות אחדות של משפחות של חולי קורונה.⁷⁴ מכתב נוסף, שיצא בחודש דצמבר 2020, מרחיב את החובה לאפשר ביקורים לחולי קורונה אף אם אינם על ערש דווי.⁷⁵ מהמכתב עולה כי התפתחות ההבנה בנושא המגפה, קושי המשפחות לתמוך ביקיריהן והנחת קשר בין בדידות במחלקות הקורונה לסיכויי תחלואה ותמותה הביאו להחלטה ש"יש לאפשר למשפחות לבקר את יקיריהן".⁷⁶ כצפוי, הביקורים במחלקות הקורונה ינוהלו במתכונת מפקחת מבחינת זמני הביקור, המיגון הנדרש והסבר על אודות הסיכון הכרוך למבקרים. עם זאת משרד הבריאות מבקש מבתי החולים למנות אחראי/צוות ייעודי לתיאום ביקורי משפחות, וכן מתחייב החל מסוף חודש נובמבר לספק ציוד מיגון נוסף עבור המבקרים במחלקות הקורונה.⁷⁷

⁷⁴ מכתב מד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת הרפואה, אל מנהלי בתי החולים (19.8.2020) ("פרידה מחולי קורונה על ערש דווי", אסמכתא 122340002520).

⁷⁵ מכתב מד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת הרפואה, אל מנהלי בתי החולים (15.12.2020) ("ביקורים במחלקות קורונה", אסמכתא 122464680626).

⁷⁶ ש.ם.

⁷⁷ ש.ם.

מכתבים אלו לא נסמכו על חובה משפטית מפורשת. בשגרה זכות הביקור בעת אשפוז מסורה לחולים באופן פורמלי בחוק זכויות החולה, ועוגנה בחוזרים של משרד הבריאות.⁷⁸ ואולם, עם התפרצות מגפת הקורונה נסוגה כאמור זכות זו מפני צורכי הבריאות וחקיקת החירום כמעט כליל. כך, שיקול הדעת הנרחב שהוענק לבתי החולים להגביל ביקורים בצווי החירום פורר את הזכות לקבלת ביקורים בעת אשפוז והפך את הפרדה מהנוטים למות מזכות בסיסית לפריווילגיה השמורה לחלקים קטנים באוכלוסייה. בהקשר זה עולה השאלה, האם זכות הביקור המסורה לחולים בשגרה מתחזקת על ערש דווי? או כפי שהוצע באנגליה, האם יש לדון בקיומה של זכות להיפרד?⁷⁹

בחלק זה אטען בקצרה שמסגרות חוקיות במשפט הישראלי למען זכויות חולים יכולות לשמש עוגן נורמטיבי לפיתוחה של זכות להיפרד על ערש דווי, העשויה לשמש חסם משפטי מפני התופעה של מיתות בדד.⁸⁰ עם זאת, השימוש בכלי משפטי מעין זה מציף דילמה שאינני מתיימרת לפתור, של העמקת הרגולציה של המוות מחד גיסא, מול הסדרה שווינונית ובתקווה ראויה יותר של המצב מאידך גיסא.

זכות להיפרד יכולה להתבסס על כמה אדנים משפטיים אפשריים. אזכיר בקצרה שניים מהם - הזכות לאוטונומיה של החולה, והזכות לקבלת טיפול להקלת סבל - שניהם קשורים בעיסוק המשפטי הגובר במוות בעשורים האחרונים. בניגוד למגמה, שהחלה במחצית המאה התשע עשרה בעולם המערבי, לדחוק את השיח על המוות לשוליים, החל משנות השבעים של המאה הקודמת חזר המוות להיות נושא לשיח ציבורי ער. כפי שמתאר לביא, ההסבר המקובל לכך הוא תגובה להתארכות תוחלת החיים בעולם המערבי ושימוש גובר באמצעים טכנולוגיים מארכי חיים. עלייתן של תנועות חברתיות למען מוות בכבוד ושל זכויות החולה בחוקים ודוקטרינות שונות בחוק בארצות הברית בישרו לכאורה את ההפך מהכחשה וביטאו רצון אזרחי להשתתף בעיצוב הדרך למות בעת הנוכחית.⁸¹ גם בישראל הכריעו בתי המשפט בסוגיית החולה הנוטה למות שמבקש שלא

⁷⁸ חוזר מנהל רפואה 11/2007 "שעות ביקורי משפחות אצל מאושפזים" (15.6.2007); חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 9/06 "מגילת זכויות המטופל בראיה של חובות המטפל" (3.4.2006).

⁷⁹ Yasmin Gunaratnam, "People Who Need End-of-Life Care Shouldn't Have to Die Alone Because of Coronavirus," THE GUARDIAN (Apr. 17, 2020), <https://www.theguardian.com/society/2020/apr/17/people-who-need-end-of-life-care-shouldnt-have-to-die-alone-because-of-coronavirus>.

⁸⁰ כאמור, חלק זה סוקר בקצרה שתי מסגרות אפשריות ובלתי ממצות של מקורות חוקיים. אינני מתייחסת במאמר זה כלל לטענות חוקתיות שניתן בוודאי להעלות בהקשר זה.

⁸¹ שי לביא "מוות מבויס" "המשפט" ברשת: זכויות אדם ד 51 (2015).

להאריך את חייו,⁸² והחל משנות התשעים נחקקו שני חוקים מרכזיים בעניין זה: חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996 וכן חוק החולה הנוטה למות התשס"ו-2005, אשר התייחס באופן ספציפי למצבי סוף החיים.⁸³

בבסיס שני החוקים הנזכרים לעיל עומדת האוטונומיה של החולה, ההכרה בזכותו של אדם לשלוט על חייו ועל גורלו והענקת משקל מכריע להחלטותיו.⁸⁴ אוטונומיה היא זכות יסוד במשפט הישראלי, והאתגר במימושה בסוף החיים הניב בעשורים האחרונים מחקר ופיתוח אמפירי ותאורטי ברוח גישה הנקראת "אוטונומיה תלוית קשרים".⁸⁵ גישה זו מבקרת את התפיסה הקלאסית של האוטונומיה האינדיווידואליסטית בטענה שהיא מתעלמת מההקשר החברתי והמשפחתי שהאדם נטוע בתוכו וזקוק לו כדי לממש את האוטונומיה שלו עצמו.⁸⁶ היא גורסת כי מערכות היחסים הקרובות של האדם מפתחות ומזינות את יכולתו לקבל החלטות, מאחר שהן תורמות לעיצוב אישיותו ולכן משפיעות באופן ישיר על בחירותיו.⁸⁷ מחקר אמפירי בנושא הראה כי לפי מצב הדברים בשטח, רופאים רבים ממילא מיישמים תפיסה זו ונותנים למשפחת החולה מקום מרכזי בקבלת החלטות רפואיות, היות שלדרכי הטיפול הנבחרות יש השפעה רבה עליהן.⁸⁸ גישת האוטונומיה תלוית קשרים יכולה אפוא באופן תאורטי לבסס זכות לחולים בכלל וחולים נוטים למות בפרט, להיות בסביבה המאפשרת גישה לבני משפחה ואנשים קרובים על מנת לשתף, להיתמך ולהיוועץ לצורך קבלת החלטות עצמאית.⁸⁹

אדן משפטי נוסף שעליו ניתן לבנות זכות להיפרד על ערש דווי הוא החובה להעניק טיפול שמקל את סבלו של האדם הנוטה למות.⁹⁰ במסגרת המטרה לשפר את חייו של הנוטה למות, סעיף 23 לחוק החולה הנוטה למות מטיל על רופאים חובה להעניק טיפול מקל סבל באמצעות תרופות ומשככי כאבים "או באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים", וכן דורש שבמידת האפשר ייעשה ככל הניתן להקל גם על בני משפחתו של החולה הנוטה

⁸² נילי קרקו-אייל, רועי גילבר ומאיה פלד-רז "חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005: החוק בראי הפרקטיקה הרפואית" **עיוני משפט** מא 185, 207 (2018); אהובה טיכו "חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 – נוסחת "האיזון הראוי" בין ערך קדושת החיים לבין אוטונומיות הרצון ואיכות החיים - בחינה ביקורתית" **רפואה ומשפט** 35, 32-37 (2006).

⁸³ חוק זכויות החולה; חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, ס"ח 58.

⁸⁴ יוסי גרין וחפציבה גרין "הסכמה מדעת, סירוב מדעת וחזרה מהסכמה לטיפול מחזורי" **רפואה ומשפט** 45, 10, 14 (2012).

⁸⁵ CATRIONA MACKENZIE & NATALIE STOLJAR, *RELATIONAL AUTONOMY: FEMINIST PERSPECTIVES ON AUTONOMY, AGENCY, AND THE SOCIAL SELF* (2000).

⁸⁶ לסקירה מקיפה ומלמדת של תאוריית האוטונומיה תלוית קשרים ראו, קרקו-אייל, גילבר ופלד-רז, לעיל ה"ש 82, בעמ' 192.

⁸⁷ שם, בעמ' 193.

⁸⁸ שם, בעמ' 233.

⁸⁹ שם, בעמ' 196; לפי קרקו-אייל, גילבר ופלד-רז, בכתיבתו של ברק ישנה "תפיסה המדגישה את ההקשר החברתי של האוטונומיה" וקרובה לרעיון האוטונומיה תלוית היחסים, ראו: שם, בעמ' 193.

⁹⁰ ס' 2 לחוק החולה הנוטה למות.

למות ולדאוג לרווחתם בעת שהות החולה במוסד.⁹¹ הטיפול הפליאטיבי אינו מסתפק במניעת הסבל הפיזי בלבד, והתפיסה היום כוללת גם טיפול פסיכולוגי חברתי שיש בו כדי לאבחן כיצד האדם והקרובים לו מגיבים להשפעות סוף החיים והוא נועד להקלה של הסבל הרגשי והרוחני.⁹² הטיפול הפליאטיבי מתמקד בשינוי "סביבת המוות" והפיכתה לאנושית וחמה ככל הניתן, והגישה של הצוות הרפואי בחודשים האחרונים של חיי החולה חייבת להיות של פתיחות ודאגה תוך שיתוף המשפחה.⁹³ בספרות המקצועית על טיפול מקל בסוף החיים מוזכרת החשיבות של קשר עם בני המשפחה ומגע עימם כאמצעי המפחית חרדות, סבל ופחד מהעומד לבוא.⁹⁴ לאחרונה, נייר עמדה של אנשי מקצועות הבריאות קרא לאפשר לחולי קורונה להיפרד ממשפחתם ויקיריהם כחלק מזכויותיו של החולה הנוטה למות לאוטונומיה וטיפול מקל.⁹⁵ גם בנייר עמדה של המועצה הלאומית לביואתיקה הודגש, במסגרת החובה להעניק טיפול מקל, הצורך לאפשר לחולים קשים להיפגש עם בני משפחתם "בדרך אנושית הכוללת ביקור בדרך של מגע ישיר", תוך הפחתת הסיכון באמצעים שונים.⁹⁶ גם כאן, באופן תאורטי, יכולה הזכות לקבלת טיפול מקל סבל לבסס את החובה לאפשר לחולים אלו סביבה אנושית מוכרת ותומכת בסוף ימיהם, גם אם הם מאושפזים בבידוד במחלקות קורונה.

אלא שכידוע, זכויות משפטיות הן בעלות משמעות משתנה וטבען להיות נתונות לפרשנות.⁹⁷ כך, הגם שניתן למצוא בסיס משפטי לטענה שלפיה זכות הביקור מתחזקת על ערש דווי, ניתן גם לבסס טיעון הפוך - בין אם משום שאין זכות מפורשת להיפרד בחוק או בדוקטרינה, או בצמצום היקפה בשם אינטרסים שונים. על כן, שאלה שאדון בה בקצרה היא: מה מונח על הכף בשימוש בשיח הזכויות לצורך הסדרת הסוגיה?

בין התומכים בהסדרה חוקית של ענייני סוף החיים יש המחזיקים בעמדה שהמדינה צריכה להסדיר את מערך התמיכה בנוטים למות במידה גבוהה של מעורבות כדי להבטיח את זכויותיהם באופן ראוי.⁹⁸ בהתאם, הכרה

⁹¹ סי' 23 לחוק החולה הנוטה למות.

⁹² סילביאן קולומבו וראובן ציגלר "מי מפחד מטיפול פליאטיבי?" **רפואה ומשפט** 28, 71, 72 (2003); מאיר ברזיס "הסדרה לטיפול הרפואי בסוף החיים דורשת הרבה יותר מחקיקה" **רפואה ומשפט** 51, 16, 23 (2019).

⁹³ סילביאן קולומבו וראובן (רובי) ציגלר "הכרה בזכות חוקית "פוזיטיבית" לקבלת טיפול פליאטיבי – צו השעה" **משפט, חברה ותרבות, טכנולוגיות של צדק: משפט, מדע וחברה** 277, 284-285 (2003).

⁹⁴ שלומית קרייטלר "עקרונות העזרה הפסיכוסוציאלית בתקופת סוף החיים" **במה** 38, 39 (2006).

⁹⁵ שהרבני סיידון, לעיל ה"ש 57.

⁹⁶ ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות **נייר עמדה של הוועדה הציבורית לתיעוד חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה** 13 (2020) https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Bioethics-covid19_2.pdf

⁹⁷ Duncan Kennedy, *The Critique of Rights in Critical Legal Studies*, in *LEFT LEGALISM/LEFT CRITIQUE* 178 (Brown and Halley, Eds., 2002). (וראו במיוחד את סיפור המעלית של קנדי בעמוד 193).

⁹⁸ ברזיס, לעיל ה"ש 92, בעמ' 22-24.

מפורשת של בית המשפט או המחוקק בקיומה של זכות ביקור על ערש דווי תצמצם את יכולתם של בתי חולים להגביל או לאסור ביקורים אלו. כך, כשם שבתי החולים לא יאשפזו אדם ללא הסכמתו, או לא יפרסמו את המידע הרפואי שלו באינטרנט, כך לא יוכלו לבודד אדם מסביבתו הקרובה בסוף ימיו. המכתבים שהוציאה חטיבת הבריאות בעניין ביקור חולי הקורונה אכן הולכים בדרך זו, בכך שהם מבקשים מבתי החולים לפעול כדי לאפשר ביקורים תחת פיקוח והסדרה, אולם מותירים לבתי החולים שיקול דעת נרחב באשר לעיצוב המפגשים וניהולם. הסדרה מעמיקה יותר של הנושא תכפיף את בתי החולים לקריטריונים דומים של אורך המפגש, שעות הביקור וכן הלאה, כדי למנוע מצב שבו בית חולים מסוים מספק שירות מתחת לסטנדרט ראוי.

גישה אחרת גורסת שהשימוש בשיח הזכויות בהקשר זה מעמיק את ההתערבות והשליטה של הריבון ברגעים אינטימיים אלה של החיים. לדברי לביא, השיח הער שהתגלה בעשורים האחרונים בנושא המוות, והתבטא בחקיקת חוקים ובמאבקים ציבוריים למען הזכות למות בסיוע רפואי, אינו מבטא השלמה עם המוות וביטול הטאבו החברתי בשיח עליו, אלא דווקא צד אחר של תאוות השליטה בו.⁹⁹ באופן דומה ניתן לטעון ששימוש בשיח הזכויות אינו מגביר חירות, אלא דווקא מעמיק את הלגיטימציה של המדינה להסדיר את רגעי החיים האחרונים של האדם הגוסס ומשפחתו באמצעות רגולציה רפואית ומשפטית, שמתבססת על עקרונות מכשירים כמו הסכמה ואוטונומיה.¹⁰⁰ דוגמה מוחשית לכך ניתן למצוא בנוהל הפרדה שפיתחו בתי חולים בסוף הגל הראשון, בעקבות בית חולים איכילוב.¹⁰¹ נוהל זה מאפשר ביקור של מבקר או שניים מדרגה ראשונה בליווי איש צוות, משך הביקור מוגבל רק לכעשר דקות ולמרחק של שני מטר, למרות היותם ממוגנים באופן מלא. קיומו של נוהל מוסדר בבית החולים מבטיח קיומה של פרדה ומקטין את תלות המשפחות במידת החסד של המנהל/ת התורן/ית במחלקה; מנגד, הסדרת הפרדה באמצעות נוהל מגיעה במחיר של פיקוח וניהול חודרני של סיטואציה אינטימית ושל הכשרה משפטית נורמטיבית של סטנדרט נמוך לקיום המפגש. טיעון אחר של דניאל שפרלינג נגד אסדרת יתר של סוף החיים בחקיקה מתבסס על היעדר קונצנזוס ציבורי המצדיק אסדרה חוקית שתופעל על כלל הציבור באופן אחיד וללא התחשבות בעמדות המוסריות האישיות הנוגעות לרגע משמעותי זה בחיים.¹⁰²

⁹⁹ ש.ם.

¹⁰⁰ Lavi, לעיל ה"ש 14, בעמ' 166-167.

¹⁰¹ הנהלים נמסרו למחברת במסגרת בקשת חופש מידע ומתייחסים לבתי החולים איכילוב, מרכז רפואי לגליל ובית חולים שיבא תל השומר.

¹⁰² ראו דניאל שפרלינג "אסדרת הטיפול בסוף החיים בישראל" ביו-אתיקה כחול לבן 316 (2015).

הדיון הקצר בגישות השונות להסדרת סוף החיים בחקיקה או בפסיקה לא נועד להוביל להכרעה אלא לתיאור האינטואיציות הראשוניות לעניין זה. יש צדק בטענות שלפיהן העיסוק במוות באמצעות חקיקה או פרשנות שיפוטית עשוי להכשיר את השיקולים של המערכת המשפטית והרפואית באופן שיקטין את טווח האפשרויות או לפחות יעצב אותן באופן שקבוצה בלתי מייצגת תתפוס כראוי ונכון. עם זאת, לא ניתן לברוח מההכרה בכך שהמשפט "הסמוי מן העין" ממילא מסדיר את ענייני סוף החיים, בין אם נרצה בכך ובין אם לאו, ושלהיעדרה של אסדרה חוקית מפורשת של הסוגיה במהלך הגל הראשון היה חלק במצב הקיים, שלפיו כל בית חולים יכול היה לנהל פרדות מהנוטים למות בהתאם להשקפותיו. הגם שטרם הוזכרה במפורש זכות להיפרד מחולים על ערש דווי בפסיקה או חקיקה, מסתמן שמשרד הבריאות החל להכיר באופן עצמאי בחשיבות המפגשים בין חולי קורונה מבודדים, וחולים על ערש דווי בפרט, ובין משפחתם ופועל להגשמתם גם בעת המגפה המתחוללת. מצב דברים זה מסמן שינוי לטובה בעת הנוכחית, אך אינו משנה באופן מהותי את ההגנה על הזכות לבקר את הנוטים למות בעיתות מגפה, שעשויה להיפגע באופן דומה במשבר בריאותי נוסף.

ה. חלופת הפרדה הדיגיטלית

בהתאם להנחיותיה של חטיבת הרפואה, הניסיון הנלמד מהשטח והנתונים בספרות המדעית, כיום כבר ידוע שמיתות הבדד של הגל הראשון של הקורונה לא היו מחויבות המציאות ואפשר היה למנוע אותן באמצעות פיקוח על מפגשים, סינון מבקרים ומיגון הולם. עד כה, רשימה זו שרטטה בסיס משפטי וחברתי להכרה אפשרית בזכות הפרדה מהנוטים למות במקרה של משבר בריאותי. ואולם, גם בתוך מציאות משפטית שבה הזכות להיפרד על ערש דווי זוכה בהכרה ממסדית ומשפטית, עדיין קיימת האפשרות התאורטית שלפיה מפגשים בין חולים למשפחתם לא תתאפשר משיקולים כבדי משקל, למשל בשל מחסור באמצעי מגן והצורך לתעדף צוותים רפואיים הנמצאים ב"קו האש" או צרכים ציבוריים אחרים. במצב דברים כזה, בתי החולים עשויים להידרש לצמצם את קיומם של מפגשים בין חולי קורונה למשפחתם באופן ניכר אגב מציאת חלופות. במשבר הנוכחי, אחת החלופות המרכזיות לקיומם של ביקורים הייתה מפגשים דיגיטליים באמצעים טכנולוגיים. בהתאם, בחלק זה אבקש לדון בתחליף הפרדה האנושית מהנוטים למות באמצעים טכנולוגיים, שאותו אכנה כאן "הפרדה דיגיטלית".

ברמה הגלובלית, ממשלות וגופי בקרת מחלות עודדו בתי חולים ומשפחות להחליף מבקרים בשר ודם באפליקציות, מסכי טאבלט ומכשירים סלולריים, שנועדו לחבר בין האנשים.¹⁰³ בישראל, כמו בעולם, בתי חולים ומחלקות קורונה ניסו לאפשר לחולים לשוחח עם יקיריהם בדרך זו ברגעיהם האחרונים על ידי התקנת טלפון ליד מיטת החולה, או אנשי צוות רפואי שמעבירים מסרים ברגעים אחרונים אלה באמצעות טלפון נייד או מאחורי מסך שקוף.¹⁰⁴ מדריכים שונים צצים בניסיון לתווך את עומקה וכובדה של החוויה האנושית של פרדה מאדם יקר באמצעות כמה משפטים קצרים וגנריים, שיכולים לסייע בקידום התקשורת באמצעים הקיימים: "אני אוהבת אותך", "אני סולחת לך", "סלח לי", "תודה", "שלום".¹⁰⁵

על הציר שבין תפיסות טכנו-אופטימיסטיות לטכנו-דיסטופיות,¹⁰⁶ השימוש בטכנולוגיות קיימות כדי להיפרד מהנוטים למות מתמקם בקלות בצד הדיסטופי. בעולם שבו בני אדם הפכו לסכנה ביולוגית נרתמו חברות הטכנולוגיה כדי לייצר פלטפורמות תקשורת חלופיות, שימזערו או יכחידו את הצורך במגע או קשר ישירים. לימודים, כנסים, פגישות עבודה, קניות מצרכים, בדיקות רפואיות ועוד - כולם עברו לשיחות וידיאו, אפליקציות, אתרי אינטרנט וממשקים דיגיטליים אחרים. חוקרת התרבות והתקשורת נעמי קליין, מחברת "דוקטרינת ההלם", טענה שמשבר הקורונה הנוכחי מקדם אותנו לקראת דיסטופיה טכנולוגית, שבה ענקיות הטכנולוגיה מתמרצות על ידי ממשלות ליצור עולם ממוסך ונעדר מגע אנושי, וכך זו נמכרת לנו כעת כאמצעי הישרדות הכרחי במלחמה במגפה.¹⁰⁷ במקום להשקיע בבני אדם, הפחתת צפיפות במקומות ציבוריים ומעבר לפעילות מחוץ למבנים סגורים, אנחנו משקיעים באיסוף מידע ויצירת עולם ללא מגע.¹⁰⁸

¹⁰³ Bureau of Health Care Safety and Quality, PATIENT VISITORS IN HOSPITALS DURING THE COVID-19 OUTBREAK (Mar. 16, 2020), <https://www.mhalink.org/MHADocs/Communications/COVID19/20-03-16C19dphvisitation.pdf>

¹⁰⁴ ראו למשל דף הסבר של בית חולים רמב"ם: https://www.rambam.org.il/corona/corona_department; שירלי נחמה פרקש "להחזיק את היד במקום בן משפחה: הרופאים והאחיות שנפרדים מהמתים" *Ynet* (21.4.2020) <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5717154,00.html>; CNN Wire, *Nurse Loans Her personal*; 64 לעיל ה"ש; <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5717154,00.html>; Fox 59 (Apr. 13, 2020), <https://fox59.com/news/coronavirus/nurse-loans-her-personal-cell-phone-to-dying-covid-19-patient-so-he-can-say-goodbye-to-wife-and-daughter>

¹⁰⁵ טליה לבנון "להיפרד מרחוק: תהליכי פרידה בזמן קורונה" *מאקו* (28.4.2020) <https://www.mako.co.il/health-illnesses-and-> Kaye Meyers, *Finding the Right Words About COVID-19 – a playbook of tips for health care workers in extraordinary times*, CHCF BLOG (Mar. 26, 2020), <https://www.chcf.org/blog/finding-right-words-about-covid-19>; COVID-19 Communication Guide, UAB (Apr. 3, 2020), https://www.uab.edu/medicine/palliativecare/images/COVID-19_Communication_Guide_040320b.pdf

¹⁰⁶ עידו הרטוגוון "האדם הטכנולוגי" *חינוך – שאלות האדם* 194, 196 (ישעיהו תדמור ועמיר פריימן עורכים 2015).

¹⁰⁷ Naomi Klein, *Screen New Deal: Under Cover of Mass Death, Andre Cuomo Calls in the Billionaires to build a High-Tech Dystopia*, THE INTERCEPT (May 8, 2020), <https://theintercept.com/2020/05/08/andrew-cuomo-eric-schmidt-coronavirus-tech-shock-doctrine>

¹⁰⁸ שם.

קובץ המאמר אינו סופי וצפוי לעבור שינויים נוספים לקראת פרסום



העדויות המתפרסמות חדשות לבקרים באמצעי התקשורת מהארץ ומהעולם מצביעות על תחושת הניכור וחוסר האנושיות שבפרדה הדיגיטלית.¹⁰⁹ אומנם חלק גדול מהקשר היומיומי בין אנשים מתנהל באמצעים טכנולוגיים כמו טלפון וצ'אטים, אולם קשה לדמיין כיצד תחושות שמלוות פרדת עולמים מאדם אהוב יכולות להתרגם לשיחת זום או טלפון, בייחוד כאשר האדם המאושפז מצוי במצב בריאותי ותקשורתי ירוד או מחובר למכונת הנשמה. עם העדויות הזורמות על אופיין המנוכר, האמצעי והמביך להחריד של פרדות דיגיטליות,¹¹⁰ נדמה שחזון האימים של אריאס על המוות הפראי מתממש לנגד עינינו.

על אף התמונה הקודרת המתגלה ביחס לטיבן של הפרדות הדיגיטליות בהווה, אבקש לנסות ולהציע גישה אופטימית יותר בנוגע לעתיד הפרדה הדיגיטלית, לאור החשיבות של הקשר בין חולים מבודדים ובין משפחתם ובפרט של הפרדה מהנוטים למות. ככל שתצמח ההכרה בחשיבותם של אינטרסים אלו ואף בזכות להיפרד, תגבר החובה של מערכת הבריאות לספק חלופה ראויה במצבי קיצון.

¹⁰⁹ פרקש, לעיל ה"ש 9; בלומנטל וחילאי, לעיל ה"ש 4; גליה קרבץ "המשפחה הספיקה להיפרד בטלפון: ניצולת שואה נפטרה מקורונה" **Ynet** (4.4.2020) <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5708034,00.html>; Jennifer Levitz and Paul Berger, 'I'm Sorry I Can't Kiss You'—Coronavirus Victims Are Dying Alone, WALL STREET JOURNAL (Apr. 10, 2020), <https://www.wsj.com/articles/im-sorry-i-cant-kiss-youcoronavirus-victims-are-dying-alone-11586534526>.
¹¹⁰ שם.

נקודת מוצא חשובה לדיון, לגישתי, היא שהגבול בין טבעי ובין מלאכותי אינו חקוק באבן אלא משתנה כל העת ורגיש להתפתחויות טכנולוגיות ונסיבות פוליטיות ותרבותיות.¹¹¹ בשל כך, אין טעם בפטירת הפרדה הדיגיטלית כמנוכרת באופן אינהרנטי או חסרת יכולת ליצור התקשרות אותנטית בין אנשים. מערכת היחסים של האדם עם הטכנולוגיה היא הדדית – כפי שאנחנו מעצבים את הטכנולוגיה, כך היא משנה אותנו. חוויית העצמי האנושית משתנה כל העת בתגובה להתפתחויות טכנולוגיות החל מהמצאת השעון ועד הטלפונים החכמים, הרשתות החברתיות, הפרוטוזות והבינה המלאכותית. קשה אפוא לטעון שהפרדה הדיגיטלית אינה יכולה להיות חלופה, לפחות עבור חלק מהאנשים ובנסיבות מסוימות.

ואולם, הדיווחים על פרדות דיגיטליות מצביעים על כך שהטכנולוגיות הקיימות אינן מספקות מענה הולם שיכול לשאת את המפגש האחרון בין הנוטים למות ובין יקיריהם. נדמה שהאמצעים הקיימים כיום מכוונים לאפשר קיום של דיאלוג רציף במקרה הטוב, ולא מעבר לכך. הפסיכולוג פיטר קאהן ערך ניסויים שהשוו בין אינטראקציות של ילדים עם כלב רובוט לעומת אינטראקציות שלהם עם כלב אנושי, ואלה הראו בבירור שתקשורת עם כלב אנושי משמעותית יותר מזו שעם הכלב הרובוטי בפרמטרים שנבדקו, כגון יצירת קשר מילולי, יצירת מגע, קרבה פיזית ועוד.¹¹² הילדים אומנם הבינו שמדובר ברובוט ולא בכלב אנושי, אך בכל זאת ייחסו לכלב הרובוטי תכונות מעין-אנושיות, כמו מצב מנטלי, חברותיות ומוסריות.¹¹³ מסקנתו הכוללת על בסיס ניסוי זה ואחרים שערך הייתה שאף על פי שתקשורת טכנולוגית איננה טובה כמו האנושית, היא עדיין עדיפה מכלום, משום שהיא בכל זאת מעוררת חלק מהתחושות וההתנהגויות החיוביות שנמדדו בקרב הילדים – גם אם לא בעוצמה ומגוון זהים.¹¹⁴

האם יש להסתפק ב"לא אותו הדבר" אך "עדיף מכלום"? מובן שלא. גישה חיובית לטכנולוגיה מעודדת חשיבה על מגוון האפשרויות הגלומות ביצירת סוגים חדשים של תקשורת ומערכות יחסים באמצעותה, ואף קוראת לאזרחים ולאזרחיות להיות משתתפות אקטיביות ביצירה והגשמה של עולם כזה.¹¹⁵ כך, במקום להסתפק

Bernadette Vensaude-Vincent and William R. Newman, *Introduction: The Artificial and the Natural: State of the* ¹¹¹
Problem, in THE ARTIFICIAL AND THE NATURAL 3, 3-5 (George Smith ed., 2007)

.PETER H. KAHN JR., *TECHNOLOGICAL NATURE: ADAPTION AND THE FUTURE OF HUMAN LIFE* 131-132 (2011) ¹¹²

שם, בעמ' 135. ¹¹³

שם, בעמ' 137-150. ¹¹⁴

DONNA J. HARAWAY, *A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth* ¹¹⁵
Century, in SIMIANS, CYBORGS, AND WOMEN: THE REINVENTION OF NATURE 149 (1991)

קובץ המאמר אינו סופי וצפוי לעבור שינויים נוספים לקראת פרסום

בטכנולוגיה הקיימת ניתן לדמיין גרסה מוצלחת יותר של פרדה דיגיטלית, שתנסה להציע תחליף אפקטיבי לתחושות כמו מגע יד חמה, ליטוף מנחם, חיוך מרגיע והענקת ביטחון ותמיכה, ואולי אף אפשרויות חדשות לבטא פרדה בדרכים שלא הכרנו. מהצד השני של המטבע, האוריינות הטכנולוגית ומיומנותם של המשתמשים בהתבטאות ואינטראקציה באמצעות טכנולוגיה דומה יכולות להשפיע מאוד על הצלחתה של הפרדה הדיגיטלית.¹¹⁶

בשורה התחתונה, אפשר ואולי גם בלתי נמנע לדמיין עולם שבו הטכנולוגיה משרתת באופן מוצלח יותר פרדות דיגיטליות מהנוטים למות, בין אם בשל מגפה או בשל מרחק פיזי שלא ניתן לגשר עליו מסיבה כלשהי. ואולם, גם נקודת מבט זו, אופטימית ככל שתהיה, מבליטה להשקפתי את חוסר ההתאמה של הפרדה הדיגיטלית לנוטים למות במשבר הקורונה בהווה. מצב הדברים היום מגלה שמדובר בטכנולוגיה בלתי מותאמת, הנכפית על אנשים שאוריינותם הטכנולוגית ככל הנראה נמוכה בשל גילם ואורח חייהם.¹¹⁷ בהתאם, גם נקודת מבט משפטית המבקשת לאמץ את הגישה החיובית לטכנולוגיה ראוי שתטפח את התפתחותן של חלופות טכנולוגיות טובות יותר לפרדה האנושית ולהתיר את השימוש בהן כתחליף למי שיבחרו בכך ולא באופן כפוי.¹¹⁸

רשימה זו עניינה אחת מהשלכות הרוחב הטרגיות של משבר הקורונה – מיתות הבדד. לגישתי, מיתות הבדד הן מעין התממשות של תיאור הבלהות של אריאס על מוות רחוק, מוסתר, מודחק מהתודעה וממוכן להחריד. על אף היותה ביקורתית כלפי המדיניות הנוהגת, אין ברשימה זו משום פקפוק ברצונם הטוב של בתי החולים או בצוותים הרפואיים הקורסים תחת עומס הטיפול בחולים.

¹¹⁶ הרטוגוון, לעיל ה"ש 106, בעמ' 203.

¹¹⁷ ראו למשל מחקר העוסק במגבלות הטיפול הפליאטיבי באוכלוסייה מבוגרת באמצעות טל-מדיסין: George Demiris, Debra Parker Oliver & Karen L. Courtney, *Ethical Considerations for the Utilization of Telehealth Technologies in Home and Hospice Care by the Nursing Profession*, 30 NURSING ADMIN. Q. 56–66 (2006).

¹¹⁸ ראו כדוגמה את עקרונות הפעולה שמציעים מומחי סייבר ופרטיות לטייב את השימוש בטכנולוגיית המעקב אחר אזרחים לצורך התמודדות עם המגפה באופן המגן פרטיותם: רוג'ית סלע-שטיינמן "טכנולוגיות אזרחיות במקום מעקב שב"כ – הצעת חוק של מומחי פרטיות" **הפורטל המשפטי לאינטרנט, סייבר וטכנולוגיית מידע** (13.7.2020) <https://www.law.co.il/news/2020/07/13/covid-19-alternatives-to-shabak>.

ואולם, לצד ההכרה בכך שכל בתי החולים מעוניינים להימנע ממיתות בדד, ראינו כי רק אחדים מהם פעלו להפחית את התופעה בזמן אמת – תוצאה אפשרית של כמות משאבים שונה, חוזק האוכלוסייה המטופלת ובקשותיה והרגישות לנושא. טענתי היא שהיעדר חובה משפטית ברורה לאפשר פרדה מחולים הנוטים למות אפשרה את המציאות של מיתות הבדד במהלך הגל הראשון, והפכה את היכולת להיפרד לפריבילגיה השמורה למעטים בלבד.

לצד סקירה של מקורות נורמטיביים העשויים לשמש עוגן להכרה בזכות להיפרד במשפט הישראלי, כגון זכות הביקור, אוטונומיה והזכות לקבלת טיפול מקל, הכרתי גם בחסרונות של העמקת החקיקה והאסדרה בענייני סוף החיים, בראשם העמקת שליטתם של המדינה ובתי החולים ברגעים האחרונים של החיים. ואולם, לאור ההקשר ההיסטורי הרחב הנפרס במאמר על אודות המדיקליזציה והמשפטיזציה של המוות, טענתי כי היעדר הסדרה משמעותה התוצאה הקשה של מיתות בדד – תוצאה שממנה ראוי לדעתי להימנע.

בבסיסה, רשימה זו קוראת לחשיבה מחודשת של הציבור ושל הגורמים האחראים על ניהול דרך המוות בעידן הקורונה ובכלל. אומנם הופעת החיסון הפיחה רוח של אופטימיות ואווירת יציאה מהמשבר, אך כידוע, אין ביטחון בכך שמגפה זו או אחרת לא תביא אותנו למצב דומה בעתיד. שאננות ואופטימיות עשויות למסגר את מיתות הבדד של הגל הראשון כתופעה חולפת ונקודתית המונעת משיקולים אפידמיולוגיים בלבד, אך כפי שעולה ממאמר זה – בידוד הנוטים למות בבתי חולים הוא גם תוצר של הענקת סמכות רחבה בצווי החירום, הנתמכת בהיסטוריה של העברת כוח מהקהילה לממסד הרפואי בכל הקשור לעיצוב וניהול של "מוות הטוב". מאחר שאנשים בעידן המודרני ימשיכו למות בבתי חולים, עולה הצורך לעדכן את אידיאל ה"מוות הטוב" למציאות הרפואית המודרנית ולפתח שיח משפטי-אתי התומך בפערים הרבים שבין האידיאל למציאות בעיתות של שגרה ומגפה גם יחד.¹¹⁹ מאמר זה הוא תרומתי הצנועה לשיח מתבקש זה.

¹¹⁹MOLL & WINNER, לעיל ה"ש 15.