

זלת
לשוויון וזכויות אדם

דו"ח בנושא זכויות האדם של זקנים בזמן של קורונה

ד"ר כרמל שלו

אוקטובר 2020

זולת
לשוויון וזכויות אדם

דו"ח בנושא זכויות האדם של זקנים בזמן של קורונה

מחקר וכתיבה:
ד"ר כרמל שלו

צוות המומחים:
פרופ' רביע ח'לאילה
ד"ר רמי אדוט
עו"ד דורית אלון-כשר
פרופ' נורית גוטמן
ד"ר ניהאיה דאוד
פרופ' נדב דוידוביץ'
פרופ' דפנה הקר
פרופ' יעל השילוני-דולב
ד"ר איתן לה-פיקאר
פרופ' דני פילק
פרופ' מארק קלרפילד

רכז מדיניות:
אייל לוריא-פרדס

עריכה לשונית: נחמה קרפול-בורק
עיצוב: עומרי פיינשטיין

כל הזכויות שמורות ל**זולת - לשוויון וזכויות אדם** ©

כותבת הדוח



ד"ר כרמל שלו

משפטנית ואתיקנית שעבדה בשירות הציבור ובאקדמיה, עם מומחיות בהולדה רפואית, בריאות וביואתיקה. בין היתר כיהנה כחברה בוועדת האו"ם לביעור האפליה נגד נשים (2000-1994). מחברת "בריאות, משפט וזכויות האדם" (הוצאת רמות 2003) ו"בזכות ההזדקנות" (הוצאת פרדס 2019).

צוות המומחים

פרופ' רביע ח'לאילה

פרופ' רביע ח'לאילה (43), בעל ארבעה תארים אקדמיים ופוסט-דוקטורט, זוכה פרס הוקרה כחוקר מצטיין בתחום הגרונטולוגיה מטעם קרן ונוס, ממובילי התכנית לתואר ראשון בסיעוד במכללה האקדמית צפת ומייסד התוכנית לתואר השני בסיעוד, ובשנתיים האחרונות מכהן כסגן נשיא לעניינים אקדמיים במכללה. הוא נחשב לחוקר מוביל ומומחה לסיעוד, לגרונטולוגיה, בריאות הציבור ולמנהל מערכות בריאות בתחום המומחיות של גרונטולוגיה ומדיניות ומנהל בסיעוד. מחקריו פורצי הדרך מוצגים על במות בינלאומיות, מפורסמים בעשרות כתבי עת מובילים בארץ ובעולם, ומצוטטים על ידי מאות חוקרים.

ד"ר רמי אדוט

סוציולוג ופעיל חברתי העוסק במעמד ותרבות, ובמימוש הזכות לבריאות בישראל.

עו"ד דורית אלון כשר

בת 53, חיפאית, נשואה +3. בעלת תואר ראשון במשפטים מהאוניברסיטה העברית בירושלים ותואר ראשון בפסיכולוגיה מהאוניברסיטה הפתוחה. משמשת כיועצת המשפטית של עמותת "המשפט בשירות הזיקנה", וזאת לאחר עבודה של שנים ארוכות כפרקליטה בשירות המדינה.

פרופ' נורית גוטמן

חברת סגל בחוג לתקשורת באוניברסיטת תל אביב. חוקרת בתחומים של תקשורת לקידום נושאים חברתיים, בעיקר בתחומי בריאות, בכללם מימוש זכויות, פערים דיגיטליים, קידום בריאות ובטיחות ותקשורת סיכונים, תוך דגש על היבטים של אתיקה וערכים חברתיים, ופערים חברתיים והשלכות למדיניות ציבורית ופרקטיקה. מחקריה עוסקים בסוגיות לגבי ערכים חברתיים כגון אלטרואיזם וסולידריות חברתיות, ותפיסות נורמטיביות בקידום נושאי חברה ובריאות. חלק ממחקריה נעשים בשיתוף עם ארגוני החברה האזרחית וגופים ציבוריים.

ד"ר ניהאיה דאוד

מרצה וחוקרת בתחום בריאות הציבור ואי שוויון בבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

פרופ' נדב דוידוביץ'
רופא מומחה באפידמיולוגיה ובריאות הציבור, ראש בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן גוריון, חבר בועדות מייעצות שונות בנושא הקורונה ברמה הלאומית והבינלאומית.

פרופ' דפנה הקר
ראשת התוכנית ללימודי נשים מגדר והמנחה האקדמית של הקליניקה לזכויות ניצולי שואה וא/נשים בזיקנה ובפקולטה למשפטים באוניברסיטת תל אביב.

פרופ' יעל השילוני-דולב
פרופ' לסוציולוגיה, חברת סגל במחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה באוניברסיטת בן-גוריון, נשיאה משותפת של האגודה להיסטוריה ופילוסופיה של המדע, חברת המועצה הלאומית לביואתיקה וחברת הוועד המארגן של המרכז לבריאות, הומניזם וחברה באוניברסיטת בן-גוריון.

ד'ר איתן לה-פיקאר
רופא והיסטוריון של הרפואה, חבר במועצה הלאומית לביואתיקה מ2012-2020 בה ייצג את הנצרות. מנהל בית הגת, המרכז הבינדתי לתרבות, אומנות והגות, עין כרם, ירושלים.

פרופ' דני פילק
מרצה במחלקה לפוליטיקה וממשל באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. בין היתר חוקר מדיניות בריאות, אי שוויון בבריאות והזכות לבריאות. חבר הנהלה בעמותת רופאים לזכויות אדם.

פרופ' מארק קלרפילד
גריאטריקן ומומחה ברפואה קהילתית. בוגר אוניברסיטת טורנטו ואוניברסיטת מק'גיל שם כיהן כראש מחלקת הגריאטריה עד לעלייתו לישראל בשנת 1992. בין השנים 1994-2001 שימש ראש אגף גריטריה במשרד הבריאות, ובין השנים 2001-2010 כיהן כמנהל המחלקה לגריטריה בבית חולים סורוקה. כיום הוא ראש המרכז לרפואה גלובלית ופרופסור (אמריטוס) במחלקה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון.

תוכן העניינים

תקציר מנהלים 5

מבוא 9

רקע עובדתי 11

הזדקנות האוכלוסייה 11

קבוצות פגיעות – ערבים וחרדים 12

השפעות הקורונה על זקנים בישראל 14

היחס לזקנים בהתמודדות עם המגפה 16

אופן ניהול המגפה 16

מחירים, פגיעות ועוולות 18

בעיות רקע 24

כשל מערכתי כרוני 24

מדיקליזציה והטיה טכנולוגית 25

אוריינות דיגיטלית 26

גישה של זכויות אדם 27

עקרונות כלליים 27

איסור אפליה בשל גיל 27

המלצות לקובעי מדיניות 30

זכות לכבוד 30

זכות להשתתפות 32

זכות לבריאות 34

המלצות כלליות 37

נספח 1 – זכויות האדם של זקנים 39

תקציר מנהלים

על רקע השיעור הגבוה של זקנים מבין החולים והנפטרים מנגיף הקורונה ב"גל הראשון" של המגיפה, מכון זולת – לשוויון וזכויות אדם כינס בחודשים יולי-אוגוסט 2020 צוות מומחים בהובלת ד"ר כרמל שלו, כדי לבחון את מדיניות והתנהלות הממשלה ביחס לתחלואת הקורונה בקרב זקנים בישראל והשפעתן על זכויות האדם שלהם, ועל מנת לגבש המלצות מעשיות לקובעי מדיניות לקראת הבאות.

מחדלים ניהוליים

בגל הראשון, כשליש מהנפטרים היו זקנים שהתגוררו במוסדות גריאטריים-סיעודיים (שהם כ-3% בלבד מכלל אוכלוסיית הזקנים בישראל), וזאת, בין היתר, בשל מחדל חמור (שנצפה גם ברחבי העולם) בהיערכות לאספקת ציוד מגן אישי לצוותי המטפלים ובהקמה של מערך בדיקות מהיר ויעיל. במוסדות אלה, כמו גם בדיור המוגן, הוטלו הגבלות נוקשות על החופש של הדיירים עד כדי "כליאתם", ונאסרו ביקורים מן החוץ של קרובי משפחה. למעשה, עד היום יש מוסדות שאינם מאפשרים ביקורי קרובים. בנוסף לכך, זקנים במוסדות שנדבקו בנגיף בודדו עד למותם. גם בבתי החולים זקנים מתו בבידוד ובבדידות, ללא ליווי קרובים.

באשר לרוב רובם של הזקנים החיים בקהילה, הסגר בגל הראשון גבה מחירים גבוהים בבריאות וברווחה (wellbeing - שלומות) בשל בדידות, ללא תגבור הולם של שירותי רווחה. זקנים רבים אף נמנעו מטיפולים ובדיקות רפואיים שגרתיים מחשש להידבק בנגיף ביציאה מהבית, או מפנייה למרפאות ולבתי החולים לצורך ניתוחים אלקטיביים, וחמור מזה, גם לטיפולים חיוניים במקרי חירום.

ככלל, לדעת רוב חברי צוות המומחים, המדיניות ביחס לזקנים התאפיינה בהפחדה ובהגנת יתר פטרנליסטית, ללא בסיס מידע שקוף ואמין. ולמרות שזקנים הוגדרו כקבוצת סיכון שיש להגן עליה, לא פורסמה תכנית של היערכות לקראת גל התחלואה הצפוי בחורף כדי להפחית את הפגיעות בזקנים. בתכנית הרמזור הם לא זכו לתשומת לב מיוחדת, כמו גם בתכניות של הסגר השני סביב ראש השנה.

כשל מערכתי כרוני

מגפה חושפת את הסדקים ואת החוליים של הסדר החברתי, לצד גילויים של אכפתיות וסולידריות בין-דורית. הירידה במעמדם של זקנים בחברה בת זמננו מתאפיינת בדעות קדומות מנמיכות ופוגעניות כלפי זקנים, תרבות צרכנית של אנטי-אייג'ינג, תופעות של גילנות, היחלשות מערכת התמיכה המשפחתית, והדרה חברתית. בנוסף, המחדלים בניהול המגפה עד כה ביחס לזקנים, משקפים כשלים מבניים במערכת המופקדת על תחום הזקנה בישראל.

מערכות הבריאות והרווחה לזקנים סובלות משלל בעיות מבניות כרוניות של 'חורים' ברשת הביטחון החברתי-כלכלי: מחסור בשירותים, קיצוץ שיטתי מתמשך בהקצאת תקציבים ותקני כוח אדם והפרטה של שירותים – במיוחד בתחום הטיפול הסיעודי. קיים מחסור חמור ברופאים גריאטריים ובאלפי עובדי סיעוד במוסדות הטיפול הממושך, אשר כמחציתם הם מוסדות פרטיים, ללא מנגנון פיקוח הולם. האחריות לטיפול בזקנים מבוזרת בין גורמים רבים (משרדי ממשלה, קופות חולים, רשויות מקומיות וחברות פרטיות), ואין גוף מתאם מרכזי. כתוצאה מביזור האחריות, מימוש זכויותיהם של זקנים

מצריך ניווט בתוך מבוך של מחסומים ביורוקרטיים. וככל ששירותים אלה עוברים דיגיטציה, זקנים מוגבלים ביכולתם לנהל חיים עצמאיים בגלל העדר אוריינות דיגיטלית, אותה לא הספיקו רובם לרכוש בצעירותם.

אשר לשירותי רפואה לזקנים, מערכת הרפואה בישראל עסוקה לרוב בהתערבויות הרואיות, מצילות ומאריכות חיים, עתירות טכנולוגיה חדשנית, ופחות ברפואה גריאטרית ופליאטיבית מקלה ותומכת שמטרתה לקדם איכות חיים. בהתאמה, המקום המרכזי של הטיפול הרפואי בזקנים החולים מאד איננו בבית ובקהילה, כי אם בבתי חולים, למרות ההשפעה המחלישה של הטלטול במעבר בין הבית לבית החולים וחזרה, ולמרות סיכוני הזיהום הכרוכים באשפוז במוסד רפואי.

זכות לכבוד, להשתתפות ולבריאות

מעת לעת נשמעות קריאות להטיל סגר מיוחד על זקנים כדי לאפשר לצעירים לחיות חיי שגרה. אולם עת משבר כמו מגפה, דורשת אכפתיות, אחריות לזולת, וערבות הדדית ביחס לאנשים שהם בסיכון גבוה, לרבות חולים כרוניים וזקנים, תוך איזון בין הצרכים והזכויות שלהם לאלה של בוגרים, צעירים וילדים. הטלת מגבלות מיוחדות על יחידים וקבוצות אך ורק בשל גילם הכרונולוגי, פוגעת בזכות האדם לכבוד ולשוויון, ומהווה אפליה גילנית אסורה. במקרה של סגר, הפגיעה היא גם בזכות להשתתפות בחיי הציבור והקהילה, פגיעה שמחזקת את דפוס ההדרה החברתית של זקנים.

זכות לכבוד כוללת גם זכות להתקיים בכבוד, להזדקן בכבוד ולמות בכבוד. זכות להתקיים בכבוד ולהזדקן בכבוד כוללת את הזכות לרמה הגבוהה ביותר של בריאות גופנית שניתן להשיגה, כדי לשמור על איכות חיים, רווחה אישית ויכולת תפקודית. בנוסף על גישה לשירותי בריאות ציבוריים, המובטחת בביטוח הבריאות הממלכתי בישראל, יש להבטיח לזקנים גם את התנאים המוקדמים לבריאות, כמו תזונה בריאה, פעילות גופנית, תקשורת וקשר עם מערכות תמיכה של משפחה, חברים וקהילה, ורשת ביטחון כלכלית. בנוסף, בהיות האדם יצור חברתי מעצם טבעו, מוות בבדידות בבית חולים, במוסד או בבית, הוא פגיעה קשה בכבוד האדם הן של הזקנים והן של קרוביהם.

קבוצות פגיעות

כיבוד של זכויות אדם מחייב גם סולידריות בין-דורית, ערבות הדדית ודאגה לחלש. הקבוצות המוחלשות באוכלוסייה מבחינה כלכלית, חברתית ותרבותית, הן גם קבוצות פגיעות לתחלואה. זקנים הם ללא ספק קבוצה שכזאת החוצה את כל שכבות האוכלוסייה, ורובם נשים. אך הקבוצות המוחלשות ביותר בקרב הזקנים עצמם הן זקנות החיות לבד ללא תמיכה משפחתית, זקנים שיש להם בן או בת זוג סיעודיים, וזקנים שחיים בעוני, בעיקר ברשויות מקומיות הנמצאות בדירוג סוציו-אקונומי נמוך. בנוסף יש לתת את הדעת לפגיעות של זקנים הנמנים על מיעוטים תרבותיים-לשוניים, כמו יוצאי אתיופיה, ערבים וחרדים.

המלצות מעשיות עיקריות לקובעי מדיניות

יש צורך במדיניות ארוכת טווח ולא תלוית-קורונה ביחס לזקנים, לרבות תכנית-על אסטרטגית לאומית בתחום הזקנה, שתכלול הגדלת מספר הרופאים הגריאטריים ועובדי הסיעוד, ביטוח סיעודי ממלכתי, העברת המוקד של הטיפול בזקנים חולים מבתי החולים לקהילה ולבית, טיפוח אוריינות דיגיטלית של זקנים ופיתוח כלים וערוצים של תקשורת המותאמים ליכולותיהם, כמו גם שיתוף זקנים בקביעת מדיניות ובקבלת החלטות הנוגעות אליהם.

לטווח המידי, ההמלצות המרכזיות של צוות המומחים לגבי ההתמודדות עם מגפת הקורונה הן:

1. מאבק בסטיגמה של זקנה - על הממשלה להילחם נגד דעות קדומות כלפי זקנים והדרתם החברתית, ולמנוע את אפלייתם אך ורק בשל גילם.
2. כינון שיתופי פעולה בין-מגזריים - על רקע ביזור האחריות לזקנים בין גורמים רבים, על הממשלה ליזום שיתופי פעולה בין-מגזריים עם קופות החולים, הרשויות המקומיות וארגוני החברה האזרחית כדי לתמוך בבריאותם, רווחתם ואיכות חייהם של זקנים בזמן הקורונה.
3. פיתוח תכנית ייעודית לתמיכה באיכות חיי הזקנים - בפתח החורף, על הממשלה לבנות תכנית לתמיכה באיכות חייהם של זקנים, הן בקהילה והן במוסדות, על מנת לאפשר לגורמי הבריאות, הרווחה והחברה האזרחית להיערך בהתאם, לרבות תכנית נמרצת לחיסון נגד שפעת ולמיון שפעת-קורונה בקהילה.
4. הקמת מערך לטיפול בבדידות - על הממשלה והרשויות המקומיות לטפל בבדידות של זקנים שהוחמרה בתנאי הקורונה. יש לתגבר את שירותי הרווחה והתמיכה לזקנים, במיוחד לקבוצות המוחלשות ביותר, ולדאוג לרשת חברתית התומכת בזקנים ברמת הקהילה. לשם כך על הממשלה להקצות משאבים לרשויות המקומיות הנמצאות בדירוג הסוציו-אקונומי הנמוך.
5. פיקוח על תנאים במוסדות, בתי חולים ודיור מוגן - על הממשלה לפקח על תנאי האשפוז של זקנים במוסדות לטיפול ממושך במסגרת תכנית "מגן אבות ואימהות" וגם בבתי חולים, כדי להבטיח ביקורי קרובים ולאמץ ולפקח על נוהלים מחייבים, המאפשרים לבני משפחה של הזקן או הזקנה לשהות עימם ולהיפרד מהם על ערש דווי. עליה להבטיח גם את זכותן של המטפלות הסיעודיות האישיות של זקנים בדיור המוגן לחופש תנועה.
6. הגדלת מספר העובדים בסיעוד - לשם מילוי החסר החמור בעובדי סיעוד במוסדות לטיפול ממושך, על הממשלה לבנות ולהציע תכניות של הכשרה מקצועית, במיוחד בעת הקורונה, כהזדמנות תעסוקתית בזמנים של אבטלה גבוהה יחסית.
7. מעקב רפואי למניעת הידרדרות בבריאות - על קופות החולים לעודד ולוודא בדיקות תקופתיות וטיפולים רפואיים שגרתיים ודחופים, על מנת למנוע ירידה במצב הבריאות של זקנים, בשל הימנעות מטיפול בגלל פחד מהנגיף.
8. חיזוק ופיתוח של טיפול ואשפוז בית - על קופות החולים להמשיך ולפתח שירותים של ניטור, מעקב וטיפול בבית לזקנים וזקנות החיים בקהילה, בעיקר עבור אלה החיים לבדם; עליהן להרחיב ככול האפשר שירותים של טיפול תומך רב-מקצועי (רפואי, סיעודי, פסיכו-סוציאלי וגוף-נפש) שיינתנו לזקנים בביתם, לרבות אשפוז והוספיס בית, גם בתנאי המגפה.

9. הקמת מערך מיון מיוחד לזקנים בקהילה - לקראת החורף על קופות החולים להקים מערך של מיון קורונה-שפעת עבור זקנים, שיתבסס על ביצוע בדיקות בבית, או לדאוג למערך הסעות מהבית למרפאות בקהילה לשם ביצוע הבדיקה.

10. שיתוף בקבלת החלטות - בכל הרמות, מהמשפחתית ועד לממשלתית, כלל הזהב המחייב הוא לכבד את הזקנים ואת האוטונומיה שלהם לקבל החלטות הנוגעות להם אישית, לפי מיטב שיפוטם, אמונתם וערכיהם. לשם כך צריך לפתח מנגנון לשיתוף זקנים בקבלת החלטות הנוגעות להם, לצד שיקולים הנוגעים לצרכים וליכולות של הגורמים המטפלים והתומכים.

11. בירור העדפות טיפול במקרה של הידבקות בקורונה - חשוב מאד ליזום ולעודד בכל דרך אפשרית שיח בין זקנים לבין קרוביהם ומטפליהם לבירור הרצונות וההעדפות שלהם לגבי קיום קשר עם קרובים וחברים בעת הקורונה, הטיפול שהם ירצו לקבל במקרה של הידבקות והמקום שבו הם יטופלו. בכלל זה על הממשלה לעודד זקנים, ובמיוחד זקנים בסיכון גבוה, לחתום על הנחיות מקדימות או ייפוי כוח רפואי מתמשך ולאפשר זאת בדרכים נוחות וזולות.

12. הנגשת מידע וטיפוח אוריינות דיגיטלית - על הממשלה לפרסם ולהנגיש לתושבים בכלל, ולזקנים בפרט, מידע רלבנטי על מחלת הקורונה, לרבות ההנחיות לריחוק חברתי, עטיית מסכה ושמירה על היגיינה; ועליה לפתח תשתית תקשורתית באמצעים ההולמים את יכולותיהם של זקנים והתאמתם גם לקבוצות מיעוט תרבותיות-לשוניות, ולטפח אוריינות דיגיטלית של זקנים לצורך תקשורת מרחוק לשם הפגת בדידות, ולצורך קשר עם לשכת הרווחה המקומית, קופת החולים, והמשפחה.

13. דאגה לפעילות גופנית, תחבורה בטוחה ותזונה בריאה - בזמן הקורונה על כל הרשויות לדאוג לתנאים המוקדמים לבריאותם של זקנים: לעודד פעילות גופנית ומפגשים חברתיים ותרבותיים באוויר הפתוח, להבטיח תחבורה ציבורית בטוחה לצורך קבלת שירות רפואי או חברתי ולרכישת מזון ותרופות, ולהבטיח זכות למזון ולסל תזונה בריאה - במיוחד עבור הזקנים החיים בעוני, שהם הפגיעים ביותר.

מבוא

מגפת הקורונה (COVID-19) משתוללת ברחבי העולם מאז ראשית שנת 2020, כאשר עדיין רב הלא-נודע על נגיף ה-SARS-CoV-2. עם זאת, כבר מתחילת המגפה התברר שזקנים פגיעים במיוחד לנגיף, ומועדים לחלות ולמות בהלימה לגיל ולמחלות הרקע שלהם. על רקע זה, מסמך זה עוסק בהשפעה של מגפת נגיף הקורונה על זכויות האדם של זקנים בישראל בין החודשים מרץ עד אוגוסט 2020, במטרה להפיק לקחים להתמודדות נכונה יותר לימים אלה שבהם הנגיף ממשיך להתפשט, ולקראת התפרצות צפויה נוספת בעונת החורף יחד עם שפעת, העלולה אף להחריף את המצב.

ככל שאנו מזדקנים אנו נהיים פגיעים לתחלואה כרונית, להידבקות במחלות זיהומיות כמו שפעת ודלקת ריאות, ולתמותה. ואכן בגל הראשון של התפרצות מחלת הקורונה, רוב החולים הקשים והמונשמים היו זקנים עם מחלות רקע מורכבות, רוב הנפטרים היו זקנים, ורוב הזקנים ששרדו חוו התדרדרות בבריאותם. המוסדות הגריאטריים-הסיעודיים שבהם חיים הזקנים המוחלשים ביותר היו מוקדי התפרצות מרכזיים.

המדיניות שננקטה עד כה הייתה להתייחס אל זקנים כמשתייכים כולם ל"קבוצת סיכון" נבדלת שיש להגן עליה מפני הנגיף. דוברים ממלכתיים הפחידו נכדים שאסור לחבק את סבא וסבתא, בבתי החולים מתו לבדם זקנים מבודדים, ובמוסדות הסיעודיים-גריאטריים ובתי הדיור המוגן אסרו על יציאות וביקורים במשך חודשים ארוכים.

מסמך זה בוחן את המדיניות והיחס לזקנים בהתמודדות עם המגפה, מבחינת השפעתה על זכויות האדם של זקנים, כחלק מהחברה בכללותה. שיח זכויות האדם נותן כבוד לאדם באשר הוא, והוא רגיש הן לחירות הפרט והן לגורמים חברתיים המשפיעים על מצבו. הוא מחויב לצדק ושוויון (equality), לאיסור אפליה ולשוויון מהותי (equity - צדק בחלוקה ושוויון בתוצאה, כולל תיקון עוולות עבר), לערבות הדדית ודאגה לחלש. כך הוא זורה אור דווקא על הקבוצות המוחלשות ביותר באוכלוסייה מבחינה כלכלית, חברתית ותרבותית, שהן גם הקבוצות הפגיעות לתחלואה. ראו נספח 1 – זכויות אדם של זקנים. זקנים הם ללא ספק קבוצה פגיעה לתחלואה החוצה את כל קבוצות האוכלוסייה, למרות השונות במצב בריאותם.

מנקודת מבט זו של כבוד האדם, נראה שמדיניות הממשלה במהלך הגל הראשון הייתה נגועה בהגנת יתר פטרנליסטית על זקנים בסיווגם על פי גיל. בכך היא פגעה בזכויותיהם, גבתה מחירים כבדים בבריאות וברווחה (wellbeing - שלומות) שלהם, העמיקה את ההדרה החברתית וההזנחה שממנה הם סובלים היום בגלל דעות קדומות מנמיכות, ויצרה חיץ בין הדורות, תוך פגיעה גם בקרוביהם ובני משפחותיהם. לעצם הרחקתם של זקנים מקרוביהם ומחיי הקהילה יש השלכות קשות על בריאות נפשם ועל איכות החיים שלהם, שבתורן משפיעות לרעה על מצב הבריאות הגופני, אבל אמצעי ההגנה שננקטו לא נלוו באמצעי תמיכה והעצמה שיפחיתו את רמת הפגיעה בזקנים.

על רקע זה כינסנו צוות מומחים בתחומי בריאות הציבור, רפואה, גריאטריה, גרונטולוגיה, ביו-אתיקה, משפטים, סוציולוגיה ותקשורת, לסיעור מוחות מנקודת המבט של שיח זכויות אדם ואתיקה של אכפתיות, אחריות וסולידריות חברתית בין-דורית. המטרה הייתה לבחון את היחס לזקנים במהלך

ההתמודדות עם תחלואת הקורונה בישראל, על מנת להצביע על כשלים, להפיק לקחים, ולהציע פתרונות לקראת הבאות. בסוף המסמך מובאות המלצות מעשיות לקובעי מדיניות.

צוות המומחים, בהובלת ד"ר כרמל שלו, כלל את פרופ' רביע אבו חלאילה, ד"ר רמי אדוט, עו"ד דורית אלון-כשר, פרופ' נורית גוטמן, ד"ר ניהאיה דאוד, פרופ' נדב דוידוביץ', פרופ' דפנה הקר, פרופ' יעל השילוני-דולב, ד"ר איתן לה-פיקאר, פרופ' דני פילק ופרופ' מארק קלרפילד. סייע בכתיבה אייל לוריא-פרדס.

הדברים שבהמשך מסתמכים על הידע של המומחים, כמו גם על מסמכים רשמיים, ניירות עמדה, מחקרים, וכתבות עיתונות.

הערה לשונית: זקנה נושאת קלון חברתי (סטיגמה), וזקנים רבים אינם אוהבים להזדהות בתור שכאלה. לכן יש המשתמשים במונחים של "מבוגרים", "ותיקים" או "קשישים" לפי העניין. אנחנו בחרנו לדבר במונחים של "זקנים" ללא כחל וסרק. גיל מתקדם הוא גורם סיכון מני רבים לתחלואה בקורונה, לצד גורמי סיכון נוספים שקיימים בכל הגילאים, כמו מחלות רקע הפוגעות במערכת החיסונית.[1] גם בקרב האנשים הזקנים ביותר יש זקנים בריאים הן מבחינה פיזית והן מבחינה קוגניטיבית, שמתפקדים באופן עצמאי ומנהלים חיים פעילים כמיטב יכולותיהם, כמו בני כל הגילאים האחרים. לכן נכון בעינינו להבדיל בין זקנים על פי אמות מידה ענייניות, כמו מעמד חברתי-כלכלי, השתייכות תרבותית, מחלות רקע, מוגבלות, שבריריות, ותלות בזולת לפעילויות יומיום או לצורך השגחה.[2] מכיוון שנשים מהוות רוב באוכלוסייה הזקנה ככול שהגיל עולה, בחרנו להשתמש לרוב בלשון נקבה כאשר מדובר בפרט, ובלשון זכר כאשר מדובר ברבים.

---

[1] צוות המומחים של המשבר (צוות בריאות) "מתווה לטיפול ב'מחלות רקע' של מערכת הבריאות הישראלית אחרי המשבר", נייר עמדה מס' 1, אפריל 2020.

[2] **מחלות רקע כרוניות שמחלישות את המערכת החיסונית:** מחלות לב וכלי דם, סכרת, מחלות נשימה ולחץ דם גבוה; **מדדי שבריריות**: תדירות פעילות פיזית, קצב הליכה, חולשת אחיזה, תשישות ומאמץ, ירידה במשקל; **תלות בזולת לפעילויות יום יום בסיסיות:** ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, וטיפול בהפרשות; או **לצורך השגחה:** מידת ההבנה של הזקן, התמצאות במרחב, יכולת לזהות קרובים, ועוד.

רקע עובדתי

הזדקנות האוכלוסייה

בישראל, בדומה לשאר מדינות העולם, יש מגמה של הזדקנות האוכלוסייה, כאשר הזקנים בישראל מונים היום יותר ממיליון נפשות, ובני +65 מהווים למעלה מעשירית האוכלוסייה (11.5%). הרמה הגבוהה של הרפואה בארץ, הנגישות לטכנולוגיות מתקדמות, ושירותי ביטוח הבריאות הממלכתי תורמים יחדיו לאריכות חיים בבריאות טובה, עד לגילאי זקנה מופלגים. זו אוכלוסייה מגוונת של אנשים שחלקם בריאים וחלקם שבריריים או חולים, חלקם חיים באופן עצמאי וחלקם חיים עם מוגבלות תפקודית. הגורמים המשמעותיים ביותר ברשת התמיכה לזקנים הם המשפחה, קופת חולים ומרכזים בקהילה, אבל כעשירית מהזקנים הנזקקים לא מקבלים תמיכה כלל.[3]

רוב האוכלוסייה של הזקנים בעולם הן נשים, משום שהן מאריכות חיים בממוצע כ-4 שנים יותר מגברים, כך שעם העלייה בגיל הולך וגדל חלקן היחסי של נשים.[4] בישראל, תוחלת החיים הממוצעת הגיעה ב-2019 ל-84 בקרב נשים ו-81 בקרב גברים, מקום גבוה בצמרת העולמית. בשנת 2017, לדוגמה, חלקן של נשים בקבוצת הגיל +85 הגיע ל-63%, לעומת 37% גברים. מכיוון שכך, לרוב, נשים סועדות את בני הזוג שלהן, מתאלמנות ונותרות לבדן. בנוסף לכך, זוהי אוכלוסייה עניה יחסית. נשים שאין להן תמיכה משפחתית הן הקבוצה הפגיעה ביותר בחברה.

הזקנה בת זמננו היא תולדה של שינויים עמוקים שהתרחשו במהלך שבעים השנים האחרונות. מאז אמצע המאה העשרים התארכה תוחלת החיים בכעשרים שנה בממוצע עולמי. הסיבות לכך רבות: שיפור ניכר בתזונה, בתברואה ובגורמים חברתיים של בריאות, פיתוח חיסונים למחלות ילדות, גילוי האנטיביוטיקה, המצאת שיטות כירורגיה מצילות חיים (ניתוחי לב פתוח, השתלות איברים וכד'), מכונות להארכת חיים (דיאליזה, הנשמה והזנה), תרופות פטנט, טיפולי כימותרפיה ורדיותרפיה, בדיקות מעבדה ביולוגיות וגנטיות, ומכשירי הדמיה לאבחון ולגילוי מוקדם של מחלות.

אנו חיים יותר זמן, ובה בעת אנו נתונים למדיקליזציה ולמשטור טכנולוגי גובר, וגם המסגרות החברתיות התומכות השתנו. המשפחה המורחבת שדאגה לזקניה הנחלשים התחלפה במשפחה גרעינית של הורים וילדים, אשר עשויה להתגורר רחוק מהסבים והסבות. יותר אנשים חיים ביחידות, לרוב נשים אלמנות וגרושות. בעלי אמצעים יכולים לגור בבית ולממן מטפלים למקרה של אובדן עצמאות, או לעבור לדיור מוגן הכולל מחלקה סיעודית לעת הצורך. מוסדות גריאטריים-סיעודיים הם הפתרון האחרון, מקומות של לית ברירה, שחלקם מעוררים שאט נפש ורתיעה.

אוכלוסיית הזקנים היא מגוונת מבחינת הצרכים ולא ניתן להתייחס אליה כמקשה אחת. 3% בלבד מהזקנים בישראל, כ-25 אלף איש ואישה,[5] חיים במוסדות לטיפול ממושך: בתי חולים גריאטריים-סיעודיים לאשפוז כרוני או מסגרות למגורים של זקנים תשושי נפש [להלן – מוסדות]. זהו שיעור נמוך

---

[3] הזדקנות בימי קורונה – סקר צרכים בקרב בני 65+ בישראל, ג'וינט ישראל אשל, מאי 2020.
[4] הזקנים בישראל 2017, מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל - ג'וינט ישראל אשל.
[5] תוכנית מגן אבות ואמהות, המטה למאבק בקורונה.

ביחס לארצות ה-OECD, וייתכן שהוא מסביר באופן חלקי מדוע שיעור התמותה הגולמי בישראל (מספר מקרי המוות ל-1,000 נפשות) הוא נמוך יחסית.

כל יתר הזקנים מתגוררים בקהילה, מתוכם כ-30 אלף החיים כעצמאיים בדיור מוגן מתוך בחירה, וכ-230 אלף זקנים החיים בבית כשהם זכאים לגמלת סיעוד ונעזרים באחת מ-210,000 מטפלות הבית הסיעודיות העובדות בישראל, רובן מהגרות עבודה. יש עוד קרוב למיליון איש ואישה מעל גיל 65 החיים בבתיהם בקהילה, שהם עצמאיים לחלוטין.[6]

בתוך כל אלה יש גם לתת את הדעת על קבוצות פגיעות בגלל מוחלשות כלכלית, חברתית, ותרבותית. מבחינה בריאותית, הזקנים הפגיעים ביותר הם בני 80 ומעלה הסובלים גם מירידה קוגניטיבית. מכל בחינה אחרת, הזקנים הפגיעים ביותר בכל קבוצות האוכלוסייה הם בעלי השכלה נמוכה יחסית שמצבם החברתי-כלכלי ירוד. כחמישית מהזקנים בישראל עניים, חיים בתנאי דיור ירודים וסובלים מבעיות בריאותיות. גורמים אלה מצטלבים עם גורמים נוספים של הדרה ופגיעות חברתית, לרבות השתייכות לקבוצת מיעוט לאומית אתנית או דתית, כמו יוצאי אתיופיה, ערבים וחרדים.

קבוצות פגיעות - ערבים וחרדים

ככל שהתפשט הגל השני של הקורונה בחודשים יולי ואוגוסט, התברר שרוב מוקדי ההתפשטות נמצאו ביישובים של חרדים ושל ערבים. שתי אוכלוסיות אלה מתאפיינות במעמד סוציו-אקונומי נמוך יחסית, כמו גם במשפחות גדולות רב-דוריות, תנאי מגורים צפופים ומחסומים תרבותיים-לשוניים בתקשורת עם הרשויות. גישה של זכויות האדם, כמו גישה של בריאות הציבור, רגישה לקבוצות פגיעות ולצורך לנקוט ביחס אליהן באמצעים מיוחדים ומותאמים תרבותית של חינוך וקידום בריאות למניעת תחלואה. אכן, ניתן היה לצפות מראש שקיים סיכון גבוה להתפרצות הנגיף בקרב חרדים וערבים.

זקנים בחברה הערבית

בגל הראשון התחלואה ביישובים הערבים היתה נמוכה יחסית, בזכות מאמץ משותף של הרשויות המקומיות והתושבים. יחד עם זאת, סקר של 'ג'וינט ישראל-אשל'[7] מצא כבר בחודש מאי שקיים סיכון גבוה במיוחד להתדרדרות בריאותית בקרב זקנים במגזר הערבי, לרבות בקרב אלה שמצבם הכלכלי טוב יחסית. הסיבה נעוצה בכך שאוכלוסייה זאת ככלל סובלת משיעורי תחלואה כרונית גבוהים יחסית לשיעורים באוכלוסייה היהודית. יש לכך מספר גורמים: חוסר זמינות ונגישות לשירותי בריאות במגזר הערבי במשך שנים רבות, אורח חיים שמסתמך על מזון עתיר שומן וסוכר, השמנת יתר, והיעדר פעילות גופנית.

ואכן, בגל השני המגפה התפרצה בקרב הערבים ביתר שאת בסוף יולי, אחרי חג הקורבן (עיד-אל-אדחא), ולאחר מכן בגלל התקהלויות המוניות ואירועים משפחתיים רבי משתתפים, כמו חתונות שהתקיימו ללא הקפדה על ההנחיות לשמירת ריחוק חברתי.[8]

---

[6] ללמוד מהטעות של הגל הראשון: לא כל הקשישים הם מקשה אחת, יצחק בריק, דה מארקר, 4.8.20.

[7] הזדקנות בימי קורונה – סקר צרכים בקרב בני 65+ בישראל, ג'וינט ישראל אשל, מאי 2020.

[8] ישראל מתקשה בצמצום התחלואה בקורונה אצל החרדים והערבים ומתקרבת לסגר נוסף, עמוס הראל, הארץ, 20.8.20.

החברה הערבית עוברת בעשורים האחרונים תמורות רבות, כולל ביחס לזקנים. זו חברה במעבר - מכלכלת משקי בית רב-דוריים, שבראשם אב המשפחה הזקן, אל משקי בית של נפרדים של משפחות גרעיניות עם מחויבות נחלשת לערבות ועזרה הדדית בין בני המשפחה. היום מתרבים הזקנים החיים בנפרד מהילדים, למרביתם אין חסכונות פנסיה, והם חיים על גמלת נכות או קצבת זקנה שבקושי מספיקה לרכישת מזון ותרופות. במשבר הכלכלי של הקורונה נפגעו רבים מהצעירים במשפחה, והתמיכה שלהם בהוריהם הזקנים הצטמצמה.

בנוסף, בחלק מהמשפחות בחברה הערבית יש מגמה של שינוי במעמד האישה ובתפקידה החברתי – מאישה שמקדישה את כל עתותיה לטיפול בבני המשפחה, לרבות בזקניה, לאישה משכילה ועובדת בשכר מחוץ לבית. במקביל ירד גודל המשפחה בקרב המוסלמים מ-7 ל-3 ילדים בממוצע, והילדים הבוגרים מתקשים לתאם ביניהם את האחריות למילוי הצרכים של זקני המשפחה, אשר הולכים ומתרבים עם העלייה בתחלואה בשל התארכות תוחלת החיים.

בזמנו בן 50 נחשב לזקן, אך הוא נהנה ממעמד גבוה מאד ומיחס של כבוד בחברה. בשנים האחרונות חלה ירידה משמעותית במעמד הזקנים, וכרגע הוא מצוי בשפל עם תופעות מדאיגות של הזנחה וסוגי התעללות – אלימות מילולית ופיזית, הגבלת חופש, וניצול כלכלי. סקר משנת 2005 מצא כי זקנות ערביות הן האוכלוסייה הפגיעה ביותר לכך בין כל קבוצות האוכלוסייה.[9]

זקנים בחברה החרדית

האוכלוסייה החרדית היא קבוצת לחץ חזקה מבחינה פוליטית, כך שבניהול הקורונה היא קיבלה הקלות מיוחדות: תחילה בהנחיות מקלות לגבי בתי הכנסת והמקוואות, המשך בהיתרים מיוחדים של כניסה לישראל עבור תלמידי ישיבות מאזורים נגועים במדינת ניו יורק, וכלה בדיון ציבורי סוער על נסיעות המוניות לאומן באוקראינה לקראת ראש השנה ועל התפילות בחגי תשרי. הביקורת על מדיניות זו אולי מעוררת בקרב חרדים תחושה של התקפה והכתמה, אך בפועל הם זוכים ליחס מיוחד, מתוך התחשבות יתר בצרכים התרבותיים שלהם.

עם זאת, האוכלוסייה החרדית היא קבוצה פגיעה מבחינת הסיכון לתחלואה בקורונה. מהגל הראשון שיעורי התחלואה היו גבוהים יחסית במגזר החרדי, המתאפיין במעמד סוציו-אקונומי נמוך יחסית, וצפיפות דיור ומגורים. רמת הצפיפות בדירת מגורים בקרב החברה החרדית גבוהה משמעותית ביחס לכלל האוכלוסייה – 1.4 נפשות לעומת 0.8 נפשות לחדר. עם זאת רמת הצפיפות לבדה אינה יכולה להסביר את שיעורי התחלואה הגבוהים בקרב החרדים.[10]

גורמים נוספים לתחלואה הגבוהה כוללים את אורח החיים החרדי המאופיין בהתקהלות לתפילה ולימוד, לחתונות ולוויות, ואת סרבנותם של חלק מהמנהיגים להורות על שמירה על הנחיות הריחוק החברתי. בנוסף, בשונה מערבים, מעט חרדים עובדים במקצועות הבריאות, ומשום כך יש ניכור

---

[9] סקר התעללות והזנחה של זקנים בישראל, פרופ' צבי איזיקוביץ, גב' טובה וינטרשטיין, פרופ' אריאלה לבנשטיין אוניברסיטת חיפה – אשל, פברואר 2005.

[10] על קורונה, צפיפות וערים חרדיות, אסף צחור-שי וניצה (קלינר) קסיר, המכון החרדי לחקר מדיניות.

כלפי מערכת הבריאות וחוסר אמון בה. כמו כן, אין לציבור החרדי טלפונים חכמים או גישה אחרת לערוצי התקשורת המספקים מידע רציף ומיידי, או שירותי תמיכה לציבור הכללי. זקנים חרדים הם קבוצה מוחלשת במיוחד מהבחינה הזאת, משום שהיכולת שלהם לתקשר עם גורמים תומכים מחוץ לגבולות המשפחה היא מוגבלת.

ייאמר לטובת משרד הבריאות, כי בזמן הקורונה הוא הקים מטה הסברה מיוחד לציבור החרדי, ובין היתר הוציא בתחילת אוגוסט מגזין צבעוני ארוך ועשיר בשם "בריא ושמא". אולם בשלל הכתבות לא הייתה אפילו אחת שעסקה בזקנים, והם הוזכרו רק פה ושם באמירות קצרות של מה שנראה כמובן מאליו: שומרים על הורינו המבוגרים מפני הנגיף, משל מפני דמויות אמתיות המבקשות ליטול את חייהם, כי רוצים להמשיך ליהנות מתורתם וחוכמתם. ההנחה הרווחת היא שהמעמד החברתי של זקנים חרדים הוא טוב מזה שבאוכלוסייה הכללית, כי הם מהווים מוקד אהוב ונערץ של חיי המשפחה הרב-דורית, מילדים ועד נינים, שדואגים לסבים ולסבות, מטפלים בהם במסירות וסועדים אותם באופן יומיומי. גם שגרת החיים הדתית של השתתפות פעילה יומיומית בקהילות לימוד ותפילה ובמנהגי חיי הבית, מעניקה משמעות ותורמת לרווחתם של זקנים חרדים.

לכאורה, אם כן, הזקנים החרדים מוגנים היטב על ידי המשפחה והקהילה. עם זאת, גם חברה זו, בדומה לחברה הערבית, חווה ירידה ברווחת זקניה, במקביל לעלייה בשיעורי הנשים העובדות בשכר. בנוסף יש תופעה גדלה של "בתי אבות" במגזר החרדי, מה שמצביע אולי על היחלשות התמיכה המשפחתית בזקנים. ולבסוף, לא למותר לציין שעשינו מאמצים לאתר חוקרים ומחקרים של נושא ההזדקנות בחברה החרדית, והופתענו לגלות שאין כאלה כלל. ייתכן שהשתיקה מצביעה על עיוורון לסוגיה שיש לתת עליה את הדעת.

השפעות הקורונה על זקנים בישראל

בגל הראשון של התפשטות הנגיף בחודשים מרץ-אפריל 2020, עיקר התחלואה הקשה והתמותה מהקורונה היו בקרב בני 85 ומעלה עם מחלות רקע. על-פי נתוני משרד הבריאות באמצע חודש אפריל 2020, 96% מהנפטרים בארץ היו זקנים בני 60 ומעלה, ושיעורם מהחולים בקורונה (19%) היה כמעט כפול מחלקם באוכלוסייה הכללית.

בגל השני, שהתחיל בסוף חודש יוני, שיעור הזקנים החולים והנפטרים היה נמוך בהרבה, אף על פי שחלקם בין החולים הקשים והנפטרים נשאר גבוה יחסית לשיעורם באוכלוסייה. מאז פרוץ המגפה ועד לחודש אוגוסט, כמעט שני שלישים מהחולים היו בגיל 40 ומטה, ופחות מ-5% היו בני 70 ומעלה.[11] סביר לייחס זאת לכך שהזקנים שומרים על עצמם ומתנהגים על פי ההמלצות להתנהגות מניעתית, של היגיינה אישית, שמירת ריחוק פיזי והימנעות ממגע חברתי, ועטיית מסכה. עם זאת, שיעור המקרים הקשים והתמותה של זקנים נשארו גבוהים יחסית, בעיקר בקרב בני 80 ומעלה.

[11] אין אפליה חוקית, גם לא נגד זקנים, נורית וורגפט, הארץ, 17.8.20.

סך הכול מתחילת המגפה כ-85% מהנפטרים עם קורונה היו מעל גיל 70, מתוכם כשליש נדבקו במוסדות לטיפול ממושך. הגיל הממוצע של הנפטרים היה 81.

בנוסף לעצם התחלואה בנגיף, גם אופן ההתמודדות עם המגפה השפיע על זקנים. סקר של 'ג'וינט ישראל-אשל' שנערך במאי 2020 בדק את ההשפעה של התנהלות החירום בגל הראשון על זקנים בישראל, מבחינה בריאותית, נפשית וכלכלית.[12] הממצאים מצביעים על פגיעות קשות במצבם של זקנים בשל תנאי הסגר והריחוק הפיזי והחברתי המתמשכים.

מבחינה בריאותית, בקרב כ-50% מהזקנים הייתה החמרה במדדים של שבריריות, כלומר התדרדרות תפקודית עקב ירידה רב-מערכתית, המהווה גורם סיכון משמעותי לתחלואה בכלל. כ-30% חוו התדרדרות בריאותית במידה שפגעה בתפקוד היומיומי, 33% ויתרו על בדיקות רפואיות שגרתיות ו-14% ויתרו על טיפול רפואי או תרופתי.

מבחינה נפשית, כ-40% חוו בדידות, חרדה או אובדן משמעות, ו-85% חוו קשיים רגשיים הקשורים לחוסר הוודאות והפחד מהידבקות, לדאגה ביחס לעתיד בני משפחה ולניתוק הפיזי ממערכות התמיכה של משפחה ושל קהילה, כמו מפגשי תרבות, חברה והעשרה במרכזי היום לזקנים.

מבחינה כלכלית, הסקר מצא שזקנים המתקשים לכסות את הוצאותיהם החודשיות היו בעלי הסיכון הגבוה ביותר להדרדרות בריאותית, וכ-17% דיווחו על התדרדרות במצב הכלכלי בשל פגיעה בתעסוקה בעקבות הקורונה. ידוע כי מעמד סוציו-אקונומי נמוך מהווה גורם סיכון משמעותי בקרב זקנים להידבקות בקורונה, אולם לאחר עשורים של צמצום ברשתות הביטחון של זקנים בישראל, כ-20% מאוכלוסיית הזקנים חיים מתחת לקו העוני. מדובר בכמעט 200 אלף איש ואישה התלויים בקצבת זקנה דלה, שאינה מספקת תנאים בסיסיים לקיום בכבוד. במיוחד יש לציין אי-בטחון תזונתי, שהוא גורם בעל השפעה מכרעת על מצב הבריאות. לפי דו"ח העוני האלטרנטיבי של ארגון 'לתת', 112 אלף זקנים חיים כיום בישראל באי־ביטחון תזונתי, 14 אלף מתוכם נאלצים להיעזר בעמותות שונות בסיוע במוצרי מזון.[13]

בנוסף, על פי אותו סקר, זקנים שיש להם בן או בת זוג סיעודיים מצויים בסיכון גדול משמעותית מאחרים להתדרדרות מכל הסוגים (בריאותית, נפשית, כלכלית).

גורם סיכון נוסף בקרב זקנים הוא העדר אוריינות דיגיטלית. בעוד אנו הופכים תלויים יותר ויותר בערוצים דיגיטליים לקבלת מידע ושירותים. בסקר נמצא כי לכ-10% אין גישה לאינטרנט וכ-16% אינם יודעים לעשות כל פעולה דיגיטלית. הרוב מעדיפים ערוצי תקשורת המאפשרים שיח אנושי, ולו טלפוני. רק כמחצית מהזקנים ידעו להזמין מצרכים, לשלם חשבונות או להזמין תור לרופא באינטרנט. חשוב לציין שמקום המגורים מהווה גורם פגיעות נוסף, מפני שהנגישות לשירותי בריאות גבוהה יותר במרכז מאשר בפריפריה. כמו כן, הרשויות המקומיות בפריפריה נמצאות לרוב בתחתית הדירוג הסוציו-אקונומי, כך שרמת השירותים התומכים שהן מעניקות דלה יחסית למרכז. נכון לתחילת חודש אוגוסט, ב"ערים האדומות", מוקדי התפשטות הנגיף שבהם נרשמו מדי יום כ-20% בדיקות חיוביות (לעומת כ-5% ביישובים אחרים), התגוררו אזרחים משני העשירונים החלשים ביותר מבחינה כלכלית.[14]

---

[12] הזדקנות בימי קורונה – סקר צרכים בקרב בני 65+ בישראל, ג'וינט ישראל אשל, מאי 2020.

[13] הושלכו לעת זקנה: כך הממשלה הזניחה את הקשישים, יותם רוזנר ונדב דוידוביץ, דה מרקר, 4.5.20.

[14] עמוס הראל, "נתניהו שוקל להטיל סגר מלא כדי לצמצם תחלואה ולמתן את ההפגנות נגדו", הארץ, 5.8.20.

היחס לזקנים במהלך ההתמודדות עם המגפה

אופן ניהול המגפה

המגפה פרצה בישראל סמוך לאחר הבחירות לכנסת שנערכו בראשית חודש מרץ 2020. הטלת הסגר בגל הראשון הקטינה את שיעורי התמותה בישראל, כמו במדינות אחרות שנקטו אמצעי זה. אך ראינו שהסגר גבה מחירים כבדים בבריאות הגוף והנפש של זקנים, וזאת בנוסף לפגיעה בחירויות הפרט, בביטחון האישי הכלכלי, ובמצב הבריאות והרווחה שהייתה נחלתם של כלל התושבים. כפי שנראה בהמשך, פגיעות בזקנים נמשכו על רקע יציאה חפוזה מהסגר שהובילה לגל שני חמור מהראשון.

ניהול הקורונה בישראל התאפיין מתחילתו בגישה סמכותנית של הטלת הגבלות על חירויות הפרט יחד עם הפעלה של אמצעי הפחדה וכפייה, לרבות שיטות איכון אלקטרוני ביטחוניות לאיתור מגעים, ותוך כדי משבר פוליטי-חוקתי מול בג"צ סביב הרכבת הממשלה. תהליך קבלת ההחלטות לאורך הזמן אופיין בהנחיות שהוטלו ברגע האחרון ובשינויים תכופים, ובכך יצר אי וודאות שהגבירה פחד וחרדה. היציאה מן הסגר הראשון הותירה מאות אלפי עובדים ועצמאיים ללא פרנסה. בהמשך התגלו כשלים בהקמת מערך החקירות האפידמיולוגיות, שתוצאותיהם ניכרות עד היום. רשויות השלטון התנהלו על פי מודל ריכוזי, תוך התייעצות מוגבלת עם מומחי בריאות הציבור ואפידמיולוגיה, וללא בסיס נתונים של מידע שקוף ואמין. ההתנהלות הפוליטית התזזיתית של קבלת החלטות תכופות וברגע האחרון יצרה בלבול וחוסר אמון בציבור, שבאו לידי ביטוי בהתפרצות מהירה של גל שני רחב ומתמשך.

גישה של בריאות הציבור, כמו גם גישה של זכויות אדם, מציעה מודל חלופי המבוסס על בניית אמון כדי לעודד שיתוף פעולה מרצון מתוך שקיפות ואחריות, ובמידת האפשר תוך שיתוף הציבור בקבלת החלטות.

אמון מחייב שקיפות ובהירות בפרסום המידע לציבור, בין היתר באמצעות עדכונים שוטפים ושגרתיים של דובר מקצועי רשמי שתפקידו להציג את הנתונים. במשך חודשים ארוכים לא פורסם לציבור מידע מהימן לגבי התחלואה בקורונה, ורק לאחרונה פרסם משרד הבריאות נתונים לגבי התחלואה והתמותה בפילוג לפי גיל ומגדר. אולם בעת כתיבת שורות אלה עדיין לא פורסם מידע בדבר גורמי סיכון נוספים כמו מחלות רקע כרוניות. בנוסף, גם לא פורסם מידע לגבי מקורות ההידבקות – בית, משפחה, עבודה, התקהלות (חתונה, לוויה, בית כנסת, הפגנה), תחבורה ציבורית, בית חולים, ועוד – על פי התוצאות של חקירות אפידמיולוגיות. כמו כן, בעת כתיבת שורות אלה, טרם פורסמה תוכנית מסודרת בנוגע להיערכות הממשלתית ביחס לזקנים לקראת החורף וגל השפעת הצפוי.

יתרה מזאת, התמותה הגבוהה במוסדות לטיפול ממושך בגל הראשון של המגפה בישראל, בדומה למדינות אחרות, נבעה ממחדל חמור: ניתן היה לדעת מראש שזקנים החיים במוסדות פגיעים למחלה זיהומית מדבקת, בגלל מצבם הסיעודי, מחלות רקע כרוניות בו-זמניות, תנאי מגורים סגורים, ומגע עם אנשי צוות שחשופים לנגיף בדרכם מהבית לעבודה. למרות זאת, עבר זמן עד שדאגו להצטיידות הצוותים המטפלים בציוד מגן והקימו מערך בדיקות יעיל (יש לבדוק מטפלים ולא מטופלים). תכנית "מגן אבות ואימהות" אמנם אומצה מוקדם יחסית למדינות אחרות ונתנה הנחיות להתנהלות בטוחה במוסדות האלה, אך ללא סמכות, רגולציה או פיקוח.

בנוסף, היחס לזקנים החיים בקהילה התאפיין בפטרנליזם. זקנים שויכו באופן גורף ל"קבוצת סיכון", ויש להגן עליהם מפני הנגיף ומפני עצמם. האופן שבו הציגה הממשלה לציבור את החשש לזקנים גרם לדאגה מגוננת של ילדיהם הבוגרים, אף היא נגועה בפטרנליזם. בגל הראשון דובר אף על כוונה להטיל סגר מיוחד וגורף על זקנים עצמאיים החיים בקהילה למשך חודשים רבים, אפילו שנה או שנה וחצי. כעבור זמן במוסדות התחילו להרשות ביקורים במשורה ובתנאים ממוגנים; בתי חולים מצאו דרכים לאפשר לקרובים להיות עם יקיריהם במותם; ולבסוף, עם התרת הסגר, לא הוטלו על זקנים הגבלות מיוחדות רק בגלל הגיל. אולם היו חברות ביטוח שהודיעו שלא יבטחו נוסעים מעל גיל 60 ובאחד מאתרי הספורט האתגרי הוכרזה מגבלת גיל כניסה של עד 65 בגלל הקורונה. עם התגברות הגל השני עלו שוב הצעות של יועצים לקבינט הקורונה לבידוד מלא של בני 60 ומעלה, או לחוקק חוק שיורה לכל בני 67 ומעלה להישאר בבית.

באופן כללי הדגש ביחס אל זקנים היה על הממד האורגני (הגופני) של תחלואת הקורונה ועל בידודם למניעת הידבקות. לא עלה על הדעת להתייחס אל זקנים כשותפים אוטונומיים, שיש לשמוע את קולם ולשתפם בקבלת החלטות הנוגעות להם. גישה פטרנליסטית שכזאת היא מתנשאת ולא מכבדת. היא מפקיעה מהזקנים את הזכות לשקול על דעת עצמם מהי מידת הסיכון שהם מוכנים להיחשף אליה, ולאזן באופן אחראי בין הסיכון לבין צרכים בסיסיים אחרים של שמירה על איכות חיים ורווחה (משמעות, סיפוק ורגשות חיוביים).

יתרה מזאת, האופן שבו הממשלה ניהלה ותקשרה את הדברים התאפיינה בהפחדה והגנת יתר, וגרמה נזק הן לגוף והן לנפש של זקנים רבים. היו לכך השלכות בריאותיות קשות, כמו הימנעות מפעילות גופנית של הליכה מחוץ לבית, או הימנעות מטיפול רפואי שוטף. בנוסף, לעצם ההדרה ולהרחקה החברתית של זקנים יש השלכות הפוגעות בכבוד, בבריאות וברווחה שלהם.

לזכות הזקנים ייאמר שהם לקחו אחריות להתנהלות זהירה, והדבר ניכר בשיעורי התחלואה הנמוכים יחסית בקרבם בגל השני. על פי הסקר של 'ג'וינט ישראל אשל', רבים מהם אף הצליחו למנף בסגר הראשון את המשבר לשכלול מיומנויות דיגיטליות. בקרב זקנים רבים היתה התעצמות של הקשר עם המשפחה, של למידה טכנולוגית ושל פעילויות פנאי משמעותיות, שהן התנהגויות התורמות להזדקנות מוצלחת. לדוגמה, 49% מהזקנים דיווחו כי הם משוחחים יותר עם בני משפחה וחברים ו-36% דיווחו כי למדו מיומנויות דיגיטליות חדשות.

יש לציין לשבח גם את הסולידריות הבין-דורית שהתבטאה בנכונות לסגור את כל המשק בגל הראשון, מתוך אכפתיות, ערבות הדדית ודאגה לחלש. בזמן הסגר, בנוסף למאמצים ההרואיים של צוותי הרפואה בבתי החולים, קופות החולים התארגנו היטב, הביאו לזקנים תרופות הביתה, ופיתחו שירותים חדשים בקהילה לרבות רפואה מרחוק (tele-medicine). המשרד לשוויון חברתי פתח קו חם טלפוני לפניות זקנים, כדי לדאוג להביא להם מזון ותרופות ולהפיג בדידות, והיו גם רשויות מקומיות שעשו זאת. היתה גם התגייסות אזרחית מרשימה של משפחות, שכנים, קהילה, תנועות נוער, עמותות, ארגוני צדקה, וגמ"חים במגזר החרדי – כדי לתמוך בזקנים.

---

[15] אין אפליה חוקית, גם לא נגד זקנים, נורית וורגפט, הארץ, 17.8.20.

[16] הזדקנות בימי קורונה – סקר צרכים בקרב בני +65 בישראל, ג'וינט ישראל אשל, מאי 2020.

מחירים, פגיעות ועוולות

למרות המאמצים הנקודתיים האלה, למדיניות הפטרנליסטית הכוללת בניהול הקורונה היו השלכות קשות שפגעו בבריאות הגוף והנפש של זקנים, בשלומם ובכבודם. בין היתר ראינו תופעה מטלטלת של זקנים המתים בבדידות, השפעות קשות גם של בדידות בקהילה, והזנחה טיפולית בגלל חשש לצאת מהבית. כמו כן ראינו תופעות של אפליית זקנים עובדים, החמרה בעוני של זקנים, והגבלות חירות קשות שחלו על דיירים רבים בדיור המוגן ובמוסדות לטיפול ממושך אשר בודדו מקרוביהם ומשפחותיהם.

למות בבדידות

עבור רבים מאיתנו, התמונה המזעזעת ביותר שאנו נושאים מהגל הראשון היא של זקנים שמתו לבדם בבית חולים, מחוברים למכונות מאחורי פרגוד שקוף, מוקפים במטפלים עטויים בחליפות מגן מכף רגל ועד ראש, וללא קשר עם קרוביהם האוהבים והאהובים. מניעת הביקורים של אותם קרובים ליד מיטת הגוססים השאירה רושם נורא, כמו של מות מצורעים.

בידוד דומה נכפה על זקנים שחלו ומתו במוסדות. ההנחיות שאפשרו ביקורי קרובים במוסדות על פי תכנית מגן אבות ואימהות, לא חלו על אותם דיירים שבודדו בשל מגע עם נשא או שנבדקו ונמצא שהם נדבקו בקורונה.

גם בקהילה היו זקנים ערירייים בודדים שמתו לבד בדירתם ונתגלו רק מאוחר יותר. תופעה סמויה זו ידועה לבעלי המקצוע אף בימי שגרה, אך היא התעצמה בימי הקורונה.

היו בתי חולים שמצאו דרכים לאפשר ביקורי קרובים, תוך איזון סיכוני הבריאות עם הצורך של בני משפחה להיות בקשר קרוב עם הזקן המאושפז. יש לברך על כך, ובמידה שווה ראוי לכבד את הצרכים הרוחניים של הגוסס, על פי אמונתו. למשל, יש למצוא דרכים לאפשר לזקן נוצרי לקיים טקסים ליטורגיים של תקדישים ומשיכת שמן הכרוכים במגע גופני, למרות סיכוני הבריאות.

המוות הוא בלתי נמנע ככל שחיים יותר, והוא שזור כחוט השני במעגל החיים. הרשת התומכת של משפחה וחברים חשובה ביותר לרווחת הזקנה גם בליווי שעותיה האחרונות. בידוד אדם בעת גסיסתו כופה עליו בדידות, בניגוד לאינטואיציה העמוקה שלפיה כולנו רוצים להיות בחיק קרובים שילוו וינחמו אותנו כאשר אנו נפרדים מהעולם. אפשר לומר שבידוד אדם גוסס עולה עד כדי פגיעה בזכות למות בכבוד.

בדידות בקהילה

בזמן הסגר בחודש אפריל נמצאו ישראלים רבים בני 60 ומעלה בבידוד מוחלט שבועות ארוכים, כשהם אינם נפגשים אפילו עם בני משפחתם. בנוסף, ישנם זקנים רבים שממשיכים לשהות בבידוד מרצון חודשים ארוכים מחשש להידבקות. אבל עיקר תשומת הלב ניתן למיעוט הקטן של הזקנים החיים במוסדות לטיפול ממושך, בגלל שיעורי התמותה הגבוהים בגל הראשון, ולא ניתנה הדעת באופן מספק על אלה החיים בקהילה, שהם הרוב המוחלט. גם זקנים בריאים ועצמאיים זקוקים לצורות שונות של תמיכה על מנת לשמור על רווחתם ואיכות חייהם, ולמנוע הדרדרות במצב בריאותם.

תופעת הבדידות, המאפיינת את קבוצת הגיל הזו בשנים האחרונות, החריפה מאוד בעת הסגר ואחריו. בדידות מוכרת כגורם מחלה שכיח בקרב זקנים בזמנים כתיקונם, במיוחד לאחר פרישה מעבודה. היא גורמת לפגיעה בבריאות הנפש (דיכאון וחרדה), ומתבטאת גם בירידה בתפקוד הגופני והשכלי. עם זאת, בסגר הראשון, למרות שידוע כי לבדידות יש השלכות שליליות על בריאות הגוף והנפש של זקנים, הרשויות האחראיות לשלומם לא נקטו - וחלקן עדיין לא נוקטות - צעדים מספקים כדי להפיג אותה.[17]

קשר עם קרובים וחברים הוא גורם חיוני של רווחה בכל גיל, ולנתק של הזקנים החיים בקהילה מבני המשפחה במהלך המגפה היו, וישנן, השלכות קשות: הדרדרות קוגניטיבית, פיזית ונפשית. זקנים בבידוד זקוקים לביטויים פרקטיים וממשיים של סולידריות חברתית עמם. אסור שהמחיר של הדאגה לזקנים יהיה הדרה חברתית, ויש להבטיח שהם יוכלו להמשיך לחיות בכבוד, להשתתף בחיי הציבור והקהילה, להיות בקשר עם קרוביהם ולשמור על בריאותם. הוראות הבידוד בסגר הראשון היו מחמירות וקיצוניות, ועל בסיס הידוע היום אפשר להוציא הנחיות יותר מאוזנות שיאפשרו מפגשים בין זקנים לילדים ונכדים בחצר הבית או בגן ציבורי, כל עוד עוטים מסכה, שומרים על מרחק של שני מטר ומקפידים על רחצת ידיים.

על פי גישה של בריאות הציבור, הרצון למנוע תחלואה ומוות עם קורונה אינו שיקול בלעדי, ויש לאזן אותו עם ערכים לא פחות חשובים של קידום בריאות, חיים פעילים ככל האפשר במסגרת קהילת השיוך (כולל המשק ושוק העבודה), ותמיכה באיתנות נפשית. בשל מעמדם החברתי הירוד, זקנים זקוקים לדאגה אכפתית, לתמיכה ולעזרה בכל מה שקשור לצרכים שלהם, הן מצד המשפחה, אם יש, והן מצד החברה, הקהילה ורשויות השלטון הארצי והמקומי.

הזנחה טיפולית

ההפחדה והגנת היתר של זקנים גבו מחירים שהזיקו לבריאות גם מבחינת הטיפול הרפואי. בנוסף להימנעות מטיפולים ובדיקות שוטפים מחשש להידבק בנגיף ביציאה מהבית. היו מקרים של מטופלים בסכנת חיים שהגיעו באיחור רב למיון, וחלקם אף מתו בשל אי-הגעה, או עיכוב בהגעה, לבית החולים. רבים ממשיכים להימנע מקבלת טיפולים במרכזים רפואיים, הגעה למיון או לניתוחים אלקטיביים בבתי החולים.

אפליה ביציאה לעבודה

עד למשבר הקורונה אחוז המשתתפים בכוח העבודה מבין בני גיל 65 ומעלה עמד על 22.4% והיה במגמת עלייה עקבית, כאשר הם מהווים 5.8% מכלל המועסקים בישראל. בתחילת הגל הראשון היו הזקנים בין העובדים הראשונים שהוצאו לחל"ת. חלקם לא חזרו לעבוד, כאשר ידוע ברמת וודאות גבוהה שיציאה לאבטלה בגיל הזה מונעת חזרה לשוק העבודה.

בשלב מסוים אף הותקנה תקנה אשר קבעה כי מעסיק לא יאפשר כניסה של עובד מעל גיל 67, אלא אם שהה במקום העבודה בשלושת השבועות שקדמו לתחילת הסגר הראשון. כל זאת ללא

---

[17] צוות המומחים של המשבר (צוות בריאות) "מתווה לטיפול ב'מחלות רקע' של מערכת הבריאות הישראלית אחרי המשבר", נייר עמדה מס' 1, אפריל 2020.

בסיס של נתונים אמפיריים: יש שוני עצום בתפקוד ובבריאות של זקנים בני אותו גיל כרונולוגי, ובדומה ליתר האוכלוסייה, יש הבדל משמעותי בתחלואה ובתמותה מהקורונה בין אלה שיש או אין להם מחלות רקע. בעתירה לבג"צ נטען שהתקנה שהוצעה היתה תקנה בלתי חוקתית הפוגעת בזכות לשוויון ומהווה אפליה על בסיס גיל באופן שפוגע בכבוד האדם. תקנה זו אכן בוטלה מספר ימים לאחר הגשת העתירה לבג"צ, וביטולה ייתר את הדיון בה בפני בית המשפט.[18]

בנוסף לעובדים השכירים, גם זקנים בעלי עסקים קטנים ועצמאיים נפגעו מהגבלות הקורונה עד כדי סגירת עסקים שהיו עבורם מקור מחיה עד עכשיו, תוך פגיעה בזכות להתקיים בכבוד והעמדתם בסכנת הידרדרות לעוני.

בראיון לעיתון, אמרה מנהלת עמותה להשמה של אנשים מבוגרים בעבודה שמאז פרוץ הקורונה המשימה של מציאת עבודה עבורם היא קשה, כי זקנים סומנו כמי שמותר לסגור אותם ולהגביל את צעדיהם. כשפנתה למשרד החינוך בנוגע לחיפוש מורים ועוזרי הוראה, נאמר לה שממילא אנשים מעל גיל 63 לא יורשו להיכנס לכיתות, למרות שלא היתה כל הנחיה כזאת מגבוה.[19]

עוני

תופעת העוני החמירה בעקבות המשבר הכלכלי גם בקרב זקנים. צמצום מעגל התמיכה ומקורות ההכנסה לזקנים עלול להוריד רבים מהם מתחת לקו העוני. ללחץ הקיומי הכבד של עוני, כאשר אמצעי המחיה אינם מספיקים לחיים בכבוד, יש גם השפעה שלילית על בריאות ורווחה. בנוסף להימנעות מרכישת תרופות, עוני מצמצם את היכולת לקנות אוכל ומשפיע לרעה על התזונה של זקנים, שהיא יסוד של בריאות טובה.

לחלק גדול מהזקנים שפרשו מעבודה אין קרנות פנסיה, ומחייתם תלויה בקצבת זקנה ובתמיכה משפחתית, אם ישנה. בקורונה נפגעה התמיכה המשפחתית, כי חלק ניכר מבני המשפחה התומכים הוצאו בעצמם לחל"ת ומצבם הכלכלי התדרדר. חוסר בטחון פנסיוני מאפיין את האוכלוסייה הערבית בישראל, אבל הקבוצה שמצבה הכי גרוע מבחינת חיסכון פנסיוני היא יוצאי ברית המועצות לשעבר שעלו ארצה כשהם מעל גיל 45-50.

הגבלות בדיור מוגן

דיור מוגן מונה יותר מ-15,000 יחידות דיור בשוק יוקרתי פרטי הפועל למטרת רווח, כאשר חלק מהרשתות נסחרות בבורסה. אפשר לציין לטובה שהאמצעים שנקטו בתי הדיור המוגן בגל הראשון מנעו הידבקויות, אבל היו לכך מחירים כבדים.

בדיור המוגן מתגוררים זקנים עצמאיים, ומצד שני הם חולקים מסגרת מגורים משותפת שבה קיים סיכון גבוה יחסית להתפשטות זיהום או נגיף והמצדיקה הגבלות מיוחדות, כאשר האיזון בין הדברים הינו מורכב. ממילא המעבר לדיור מוגן כרוך במידה מסוימת של אובדן עצמאות וחופש. בחלק מבתי הדיור המוגן קיימות מגבלות בבחירה של מה לאכול, מתי לישון, עם מי לבלות, ומתי

---

[18] עתירה לבג"ץ: בטלו את התקנה האוסרת על אזרחים ותיקים לעבוד, טלי חרותי-סובר, דה מרקר, 30.4.20.

[19] אין אפליה חוקית, גם לא נגד זקנים, נורית וורגפט, הארץ, 17.8.20.

לארח ולהתארח אצל חברים ושכנים. בזמן הקורונה היו בתים שנקטו מדיניות ניהול של זהירות יתר אשר פגעה עוד יותר בעצמיות הפרט, והטילה הגבלות נוקשות על החופש של הדיירים ועל הקשר שלהם עם קרוביהם בחוץ, הגבלות שפגעו גם בבני המשפחה.

בתי הדיור המוגן נסגרו מפני מבקרים מן החוץ, כולל בני משפחה, לעיתים זמן רב אחרי תום הסגר המדינתי.[20] בנוסף לאיסור הביקורים הוטלו הגבלות על יציאה של הדיירים אל מחוץ למתחם. בזמן הסגר, ברוב הבתים אסרו על דיירים לצעוד בחוץ אפילו את מאה המטרים המותרים, והיו שהחמירו עוד יותר ואסרו עליהם אפילו לצאת מדירותיהם. רק בחלק מן המקומות יכלו הדיירים להיפגש בינם לבין עצמם ולשמור על סדר יום פעיל. ההתנהלות הייתה למורת רוחם של חלק מהדיירים, והעלתה בהם קונוטציות של כלא או כלוב זהב. גם בני משפחותיהם היו במצוקה, כשחלקם התדפקו על שערי המוסדות אך לא הורשו להיכנס, כך שהתפתח נוהג מביך של תקשורת באמצעות צעקות דרך החלון או הגדר.

מחקר בנושא מצא כי במקומות שבהם הגישה הייתה מאד פטרנליסטית, מרבית הדיירים נותרו עם תחושה שההגנה הייתה הדוקה ומחמירה מדי, וכי קבלת ההחלטות נעשתה בפטרונות וללא דיאלוג עמם.[21] כלומר, המשבר חשף היבט של מוסד טוטאלי אשר מצמצם מאוד את האוטונומיה של הדיירים, אשר ברובם רגילים ביומיום להתנהל באופן עצמאי. בארגון פטרנליסטי וטוטאלי, כאשר אנשים חיים על-פי כללים שהוא קובע עבורם, הם מאבדים את היוזמה האישית והופכים בלי משים להיות תלותיים. ההגבלות שהטילו עליהם בתקופת הקורונה חשפה עד כמה הם לא אדונים לגורלם.

"הבעיה היא שדואגים לגוף, אבל לא לנשמה."

"כוח הרצון נגמר, יכולת המחשבה הולכת ודועכת. לקחו מאיתנו את העצמיות, את החופש להחליט."

"נעלו אנשים עצמאיים."

"זה להיות אסיר בכלוב מזהב."

"כפו עלינו והכתיבו לנו מה מותר ומה אסור ועוד בטון תוקפני."

"סגרו את כל הפעילויות, כלאו אותנו ללא צו מעצר וללא בית משפט, רק בסמכות כוח הניהול."

"התנהגו אליהם כנתינים."

"לא היתה שום תמיכה נפשית... היו הרבה מקרים של בכי ודיכאונות."

"לא עשו שום שיח. המנהלים החליטו הכול בעצמם."

מתוך "דיור מוגן מדי? אפס ביקורים, אפס יציאות, אפס קורונה" [22]

---

[20] על פי מחקר של ד"ר שרון אבידר ממכללת רופין ופרופ' ליאת איילון מאוניברסיטת בר-אילן. דיור מוגן מדי? אפס ביקורים, אפס יציאות, אפס קורונה, שלומית לן והדס מגן, גלובס, 11.7.20.

[21] שם.

[22] שם.

גם המטפלים הסיעודיים, רובם נשים מהגרות עבודה, נכלאו למעשה יחד עם הזקנים בדיור המוגן מבלי שנועצו בהן, וללא התייחסות לזכויות האדם שלהן, כנראה מתוך הנחה שהן כלי שרת של הזקנים ולא סובייקטים חופשיים. במהלך הסגר הראשון היו בתי דיור מוגן אשר אסרו על יציאתן החוצה של העובדות הסיעודיות, ללא הסמכה לכך בחוק או בחוזה העבודה, בניגוד להנחיות המפורשות של משרד הבריאות, ותוך פגיעה קשה בזכות היסוד לחירות.[23] רק לאחר הסרת מגבלות סגר במאי 2020 פסקו הפניות והדיווחים של העובדות בעניין זה אל ארגון 'קו לעובד'.

הגבלות במוסדות לטיפול ממושך

כבר הזכרנו את התמותה הגבוהה במוסדות הגריאטריים-סיעודיים בגל הראשון, כאשר ב-85% מהמקרים העובדים המטפלים היו המקור לתחלואה, בבואם ובלכתם. מטפל א-סימפטומטי, גם אם חובש מסיכה ושומר על היגיינה, לא יכול לשמור על ריחוק חברתי, כי טיפול סיעודי מחייב קרבה פיזית למטופל. הסיכון לתחלואה במוסדות כאלה היה ידוע, מה גם שההתפרצות הגדולה הראשונה באירופה (בצפון איטליה) החלה בהם. למרות זאת, לא היתה היערכות הולמת בהנחיה מקצועית לגבי התנהלות המוסדות, לא באספקת ציוד מגן אישי לצוותי המטפלים והעובדים, ולא בהקמה של מערך בדיקות מהיר ויעיל. לדוגמה, תוצאות בדיקות היו עוברות מהמעבדה לקופת החולים במקום ישירות למוסד.

רק בסוף חודש אפריל אומצה "תכנית לאומית להגנה על מוסדות הגיל השלישי מפני הקורונה", הידועה כתכנית "מגן אבות ואימהות". התכנית פתחה בהצהרה ראויה ומבטיחה: "האתגר בהצלחה בהתמודדות עם נגיף הקורונה נעוץ בהקטנת התחלואה של האוכלוסייה הקשישה, בראש ובראשונה אלו המאושפזים במוסדות. לכן עיקר הדגש באסטרטגיה הלאומית, עיקר תשומת הלב, עיקר משאבי הניהול, הביצוע, אמצעי ההגנה, הבדיקות, התחקור האפידמיולוגי, משאבי כוח אדם, ציוד וכסף צריך להיות מופנה למוסדות אלו."

יש לציין לטובה שישראל הקדימה ארצות רבות אחרות באימוץ תכנית שכזאת, כך שעד לתקופת חגי תשרי היא הצליחה למנוע התפרצויות של המחלה במוסדות אלה. כמו כן, יש לציין לטובה שבאמצע חודש ספטמבר המדינה פרסמה הנחיות עדכניות של "תו זהוב" לבתי הדיור המוגן,[24] בנוסף להנחיות קודמות כמו מתווה שגרה לפעילות פנאי ולהפגת בדידות במוסדות לטיפול ממושך, וגם הנחיות למטופלים סיעודיים בקהילה.

התכנית בעיקרה חלה על למעלה מ-1,000 מוסדות לטיפול ממושך עם מחלקות סיעודיות וסיעודיות מורכבות.[25] היא התייחסה לצורך למצוא פתרונות להשפעות שיש לבידוד, הקטנת ביקורים וצמצום הפעילות התומכת והחברתית על הזקנים המוחלשים החיים במוסדות אלה. לגבי ביקורים,

---

[23] מכתב פניה של ארגון קו לעובד לפרופ' נמרוד מימון, הממונה על תכנית מגן אבות ואימהות, 13.5.20.

[24] התו הזהוב לדיורים מוגנים, מגן אבות ואימהות, המטה למאבק בקורונה, 17.9.20.

[25] חולה סיעודי מורכב הוא חולה סיעודי אשר בנוסף לחוסר היכולת שלו לבצע פעולות יומיומיות, זקוק להשגחה צמודה של רופא.

התכנית קבעה עוד שהגורם האחראי במוסד "לרבות הנהלה, עובדים, או צוותים מטפלים, יפעל לאיתור והתאמת מענים למען רווחתם האישית והחברתית של הזקנים והפגת בדידותם".[26] עם זאת, לא ידוע מה קרה בפועל במוסדות, בין היתר כי האחריות לניהול התקין של המוסדות לטיפול ממושך מבוזרת בין גורמים רבים, ללא גוף אחד מתאם ומפקח. באמצע חודש אוגוסט התקיים דיון בוועדה לביקורת המדינה, ובו טענו נציגי עמותות שהתנהלות לקויה במוסדות גרמה נזקים משמעותיים, וכי הם "בטוחים שיש יותר תחלואה הקשורה לדיכאון, אנשים שאיבדו את הרצון לחיות כי אין להם למה".[27] בהיעדר פיקוח, יש חשיבות גדולה עוד יותר לאפשר ביקורים של בני משפחה, הדואגים שהזקנה תקבל טיפול מיטבי, ופוקחים עין על איכות הטיפול.

המוסדות השונים נמצאים בבעלויות שונות (חלקם ממשלתים, חלקם פרטיים) ותחת פיקוח משרדי ממשלה שונים. גם למנהלת של תכנית 'מגן האבות והאימהות' במשרד הבריאות אין סמכויות רגולציה או פיקוח, כך שהיא היא יכולה רק לתת המלצות. יתרה מכך, המוסדות הפרטיים פועלים למטרות רווח ולצמצום הוצאות. בשיחה עם אנשי מקצוע שעובדים בבתי אבות נאמר: "יש לנו הרגשה שאנחנו לבד במלחמה עם קורונה. אנחנו לא נערכים לזה. גם בגלל שאנחנו פרטיים, וההנהלה רק חושבת איפה אפשר להוריד". תכנית 'מגן אבות ואימהות הסדירה' את הצד הטכני של אספקת הבדיקות והציוד, אבל בכל מה שקשור לרווחה ולאיכות החיים של הזקנים, הביצוע של הוראות משרד הבריאות נתון בידי המוסד הפרטי, ללא פיקוח מספק. מתן מענה לצורך של הדיירים להיות בקשר עם קרוביהם וליהנות מפעילות תומכת חברתית בתוך המוסד, מצריך השקעת משאבים שאין בצדה רווח לעסק.

[26] תוכנית מגן אבות ואמהות, המטה למאבק בקורונה, פרק 14 (רווחה וחיזוק החוסן).
[27] הכנסת דנה במחדל הטיפול בקשישים בקורונה: "פערים וחוסר דיוק נוראי", מאיה הורודניצאנו, וואלה 17.8.20.

בעיות רקע

כשל מערכתי כרוני

מגפות חושפות את הסדקים ואת החוליים של הסדר והמרקם החברתי. המערכת הממשלתית שמופקדת על מתן שירותים לזקנים סובלת מבעיות מבניות וכשלים כרוניים, לרבות אחריות מבוזרת, מחסור חמור בכוח אדם רפואי-מקצועי לטיפול בזקנים, והפרטה. בעיות אלה נחשפו במגפה במלוא חומרתן ואף החריפו מול הגידול בצרכים של זקנים, שלא זכו למענה.

אין גורם מרכזי מתאם בין רשויות שונות שמטפלות בזקנים ואין ביניהן תיאום. לדוגמה, קשה להפריד בין צרכי בריאות לבין צרכי רווחה כי הם תלויים זה בזה, אבל אם זקנה אינה מקבלת תרופה כי אין לה כסף, האחריות מתחלקת בין קופת החולים ושירות הרווחה. האחות תשים לב שהיא הפסיקה לקחת את התרופה, אבל אין לה כלים לטפל בבעיה, וכפי שראינו, למנהלת 'מגן אבות ואימהות' לא הייתה יכולת פיקוח על המוסדות הפרטיים הרבים, למרות תלונות על מניעת ביקורים בניגוד להנחיות.

מערכות הבריאות והרווחה סובלות מקיצוץ שיטתי מתמשך בהקצאת תקציבים ותקנים לשירותים ציבוריים בכלל, ועבור זקנים בפרט. ראינו זאת בשביתת העובדים הסוציאליים בעקבות הגל הראשון בשל עומס ותנאי שכר ירודים. לכן, בהיעדר שירותי רווחה ובריאות מותאמים לשגרת הקורונה, חלה הידרדרות במצבם הבריאותי, הנפשי והכלכלי של זקנים רבים.

קיים מחסור חמור במיוחד בכוח אדם רפואי-מקצועי לטיפול בזקנים בתחום הרפואה הגריאטרית, הרפואה הפליאטיבית המקלה ובתחום הסיעוד. בדיון בוועדה לביקורת המדינה בתאריך 17.8.20 דובר על מחסור באלפי עובדים סיעודיים במוסדות לטיפול ממושך, שהגיע עד כדי חסר של 40% באיוש של כוח האדם הסיעודי בהם. בתחילת חודש יולי הממשלה אישרה העסקה של 2,500 מהגרי עבודה במוסדות, אך הם עדיין לא הגיעו לארץ.[28]

יתרה מכך, לקיצוצים המתמשכים בשירותים הציבוריים נלוותה הפרטה של נותני השירות. בזמן המגפה העניין בא לידי ביטוי ביחס למעבדות המבצעות את בדיקות הקורונה: כאשר נולד הצורך להגדיל את מערך הבדיקות, משרד הבריאות בחר לחתום על הסכם עם חברה פרטית במקום לחזק את המעבדות הציבוריות, הסובלות מזה שנים ממחסור במשאבים ומתנאי עבודה ירודים לעובדים, גם בעלי תארים אקדמיים. החברה אף משכה מהן עובדים מנוסים בהבטחה לתנאי שכר משופרים. כתוצאה מכך, פרצה שביתה של עובדי המעבדה בסוף חודש אוגוסט.

ההפרטה של נותני השירות ניכרת גם במערך הגריאטרי-סיעודי בישראל, שמצבו בכי רע. בנוסף לבעיות במוסדות הסיעודיים הפרטיים שתוארו מוקדם יותר, גם תחום הביטוח הסיעודי הוא בחלקו הגדול פרטי, כאשר עיקר הנטל הכלכלי נופל על כתפי הזקנים ובני משפחותיהם. ההפרטה מגדילה פערים בין זקנים בעלי מעמד כלכלי גבוה ומעמד כלכלי נמוך. טיפול סיעודי ביתי מלא הוא זכות יתר של בעלי אמצעים בלבד, כי בישראל אין ביטוח סיעודי ממלכתי, וגמלת הסיעוד מהמוסד לביטוח לאומי

---

[28] הכנסת דנה במחדל הטיפול בקשישים בקורונה: "פערים וחוסר דיוק נוראי", מאיה הורודניצאנו, וואלה 17.8.20.

מספקת כיסוי חלקי בלבד, לכל היותר של 30 שעות טיפול בשבוע. זקנים סיעודיים בעלי אמצעים זוכים להזדקן בדיור מוגן או בביתם בקהילה, בליווי מטפלת פרטית 24/7. לזקנים חסרי אמצעים המערכת מציעה פתרון מוסדי על מנת לקבל טיפול סיעודי מלא, במקום לעצב פתרונות יצירתיים התומכים בזכותם להזדקן ולמות בבית.

מדיקליזציה והטייה טכנולוגית

מערכת הרפואה בישראל עסוקה לרוב בהתערבויות הרואיות, פולשניות, מצילות-חיים ועתירות טכנולוגיה חדשנית. נדמה שנשבנו בקסמי הטכנולוגיה ושאנו מעדיפים אותה על פני שיטות עתירות אדם. ראינו זאת בהתמודדות עם הקורונה: במוסדות לטיפול ממושך בזקנים דאגו לספק בדיקות וציוד מגן ולאסוף מידע, אבל הדאגה האנושית לרווחת הדיירים נפלה בין הכיסאות. בדומה לכך, הממשלה בחרה להשתמש באמצעי איכון דיגיטליים במקום לחזק את המערך של כלי החקירה האפידמיולוגיים, והוציאה משאבים רבים על רכישת אלפי מכונות הנשמה שלא היה בהן צורך, ושממילא מצריכות צוותי הפעלה שיעברו הכשרה. מתחילת המגפה קיים חשש מקריסת המערכת בשל מחסור בציוד טיפול נמרץ, אבל עסקים מעט בהתמודדות של מצוקת הצוותים המטפלים המסורים, הסובלים משחיקה ותשישות.

ההטייה הטכנולוגית נתמכת באתוס רפואי של קדושת החיים כערך עליון, והעדפת אריכות ימים על איכות חיים. ברירת המחדל של טיפול רפואי בישראל, כולל של זקנים, היא הצלת חיים.[29] אתוס זה נסמך על אמונה יהודית-הלכתית בקדושת החיים. אולם למרות הרפואה המתקדמת אנו עדיין מועדים למחלה, להזדקנות ולמוות, והשנתיים האחרונות בחיי הזקנים מתאפיינות ב'דלת מסתובבת' של אשפוזים חוזרים, כאשר כל סבב מביא לירידה נוספת במצבם. חשוב לציין שלכל אדם זכות לקבל טיפול רפואי הולם למצבו, כולל טיפול מציל חיים, כרצונו ועל פי בחירתו בלי קשר לגיל, ועם זאת, הארכת חיים אינה תכלית הכול, ואיכות חיים היא ערך לא פחות חשוב.

בזמן הקורונה יש חשיבות גדולה במיוחד לברר ולכבד את רצון הזקנה בדבר הטיפול הרפואי אותו היא מעוניינת לקבל, ובמקרה של הגרוע מכל, היכן היא מעדיפה למות - במיטתה או במיטת בית חולים, כעניין של בחירה אישית מודעת ועל פי השקפת עולמה וערכיה. יש ספקטרום רחב של פעולות שניתן לנקוט, בין טיפולים נואלים להארכת חיים לבין טיפולים של רפואה מקלה (palliative medicine) שתכליתה לתת טיפול חומל ולהמעיט סבל גופני ונפשי, לרבות שיכוך כאב. לעתים כל מה שצריך הוא מגע עדין ואוזן קשבת. יצויין שהאיגוד הישראלי לרפואה פליאטיבית אף פרסם הנחיה קלינית מיוחדת לטיפול פליאטיבי על רקע התפרצות מגפת הקורונה, אלא שרוב הזקנים לא שמעו על טיפול פליאטיבי ואינם יודעים שהם זכאים לו על פי חוק.[30]

סוגייה לא פחות חשובה מסוג הטיפול המועדף היא השאלה היכן לטפל. כיום בישראל תהליך המוות לרוב כרוך בפינוי זקנים מבתיהם לטיפול בבית חולים (גם כאשר הבית הוא מוסד לטיפול ממושך). זאת למרות סיכוני הזיהום, ועל אף המחירים הכלכליים של אשפוז מוסדי והמחיר הגבוה בבריאות הנפש שגובה ניתוק הזקן מסביבת המגורים המוכרת. יצוין לטובה כי בסגר של הגל הראשון קופות חולים קידמו רפואה מרחוק אשר הנגישה שירותים לזקנים בביתם בקהילה, לפחות אלו שיש להם

---

[29] קרקו-אייל, נ. גילבר, ר. פלד-רז "עשור לחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו- 2005: החוק בראי הפרקטיקה הרפואית" (2018).

[30] טיפול פליאטיבי על רקע התפרצות COVID-19 - הנחיה קלינית, האיגוד הישראלי לרפואה פליאטיבית.

יכולות דיגיטליות. בישראל, כמו בשאר העולם, יש מגמה לקדם טיפולי בית ואשפוז בית, כולל הוספיס בדומה לחולי סרטן, על מנת לאפשר לזקנים להזדקן בבית ובתוך קהילה בין-דורית.

ניתן לברר ולהבהיר מראש את הרצונות וההעדפות של זקנים לגבי סוג הטיפול ומקום הינתנו באמצעות הבעת רצון מוקדמת, בדרכים שקבע החוק – בהנחיות רפואיות מקדימות או באמצעות ייפוי כוח רפואי מתמשך, אך כלים משפטיים אלה טרם הוטמעו בקרב ציבור הזקנים הרחב.[31] בנוסף, יש במחוזותינו טאבו נגד שיח על המוות. בקרב צוותים רפואיים חסר ידע בנושא והם חוששים לדון בו.[32] לעתים קרובות בני משפחה משתיקים זקנים שמעלים את הנושא, כאילו עצם הדיבור מחיש את המוות. חסרים מנגנונים תרבותיים שיאפשרו לאדם להביע את רצונו בנושא בשיח פתוח, מכיל ומכבד.

יש טעם רב לשוחח על דברים אלה, גם אם הדברים לא נעשים בצורה פורמלית. העיקר הוא לקיים שיח שיאפשר לזקנה לבטא מראש את האני מאמין שלה ,ואת הערכים האישיים שלאורם יתבקשו הרופאים המטפלים וקרובי המשפחה לקבל החלטות טיפול בזמן אמת, למקרה של הידבקות בנגיף.

אוריינות דיגיטלית

כתוצאה מביזור האחריות לצרכי הזקנים בין גורמים רבים ושונים, מימוש זכויותיהם לבריאות ולרווחה מצריך ניווט בתוך מבוך של מחסומים ביורוקרטיים. לכן רבים הזקנים הזקוקים לסיוע וסינגור (advocacy) של אדם תומך למימוש זכויותיהם בהתנהלות מול נותני שירותים, לבירור מהן אותן זכויות ואל מי יש לפנות מבין הרשויות השונות, ולייצוג האינטרסים שלהם מולן. גם בניהול הטיפול הרפואי יש צורך בסיוע (case manager), בין היתר כדי לתאם בין מומחים ונותני שירות שונים, לפקח על תמהילי תרופות, ולדאוג לרצף טיפולי לאחר שחרור מאשפוז הביתה.

בזמן הקורונה היתה האצה בדיגיטציה של שירותים ציבוריים וגם של אמצעי תקשורת בינאישית, כמו פלטפורמת ה"זום" שנכנסה לשימוש רחב היקף בתחילת המגפה. רוב המידע מופץ היום בערוצים דיגיטליים, ושירותים רבים הועברו לערוצים דיגיטליים, כולל שירותים של רפואה מרחוק. חוסר נגישות לערוצים האלה פוגע ביכולת של זקנים להיות בקשר מרחוק עם קרוביהם ולהתנהל באופן עצמאי. הוא הופך אותם לתלויים באחרים על מנת לממש את זכויותיהם למידע ולשירות, ומהווה מחסום לקבלת השירותים שהם צריכים והמגיעים להם כדי לשמור על בריאותם ורווחתם.

תקשורת עם נותני שירותים ועם חברים וקרובים היא חשובה מאי פעם בזמן מגפה, כאשר מטבע הדברים יש התרחקות חברתית והתכנסות פנימה. אבל דיגיטציה היא התפתחות של עשרים או שלושים השנים האחרונות, וזקנים רבים לא יכלו לרכוש בצעירותם כישורים ומיומנויות של שימוש בטכנולוגיה. החסר ניכר בעיקר באוכלוסיות מוחלשות כמו יוצאי אתיופיה, שלרבים מהם אין שום גישה למידע דיגיטלי. נראה שהתלות בתקשורת דיגיטלית רק תלך ותגבר, וככל שהשירותים והתקשורת עוברים דיגיטציה, אוריינות דיגיטלית נעשית יותר חיונית. בהעדר נגישות למידע, הזקנים מוגבלים ביכולתם לנהל חיים עצמאיים, לקבל את השירותים שהם נזקקים וזכאים להם, ולהשתתף בקבלת החלטות הנוגעת אליהם.

---

[31] קבנטור, נ., שולדינר, ג'., רזניצקי, ש., שטרנברג, ש., אהרוני, ל., פירוגובסקי, א., וקורן, ב. "ידע ועמדות של רו־פאים בקהילה ושל הציבור הרחב כלפי טיפול במצבי סוף החיים וטיפול פליאטיבי" דו"ח מחקר של מאיירס-ג'ויינט ומכון ברוקדייל (2015).

[32] גוטמן, נ., לביא, ש. "מה יתרום להנגשת מידע לגבי זכויות בנושא שירותי בריאות לטיפול במצבי סוף חיים: עמדות, ידע וחסמים בציבור לגבי הנחיות מקדימות ומה מעודד אנשים בפועל ליישם את זכויותיהם לפי החוק" דו"ח למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2019).

גישה של זכויות אדם

עקרונות כלליים

גישה של זכויות אדם מבוססת על כבוד האדם באשר הוא אדם, והיא אוניברסלית ונוגעת לכל אדם בהיותו יילוד אשה ובן תמותה, ללא הבדל דת, מוצא, מין וכו'. זו גישה המחוייבת לעקרונות של חירות הפרט, שוויון וצדק, ומתאפיינת גם בלכידות וסולידריות חברתית ("אחווה" לפי האקדמיה ללשון העברית), כלומר, ערבות הדדית ודאגה לחלש ולקבוצות החברתיות המוחלשות והפגיעות ביותר, כולל בקביעת סדרי עדיפויות בהקצאת משאבים ציבוריים. בהתמודדות עם הקורונה גם מדיניות של בריאות הציבור תתן את דעתה על הקבוצות המועדות להיפגע בצורה הקשה ביותר, ותקדם בקרבן תכניות לחינוך, מניעה, וקידום בריאות.

גישת זכויות האדם מעוגנת במסמכים משפטיים בינלאומיים ומקומיים רבים מספור, והיא מהדהדת ערכים של אתיקה פמיניסטית ואתיקה רפואית, כמו גם מצוות שבין אדם לחברו על פי ההלכה היהודית. לא קיימת אמנה בינלאומית מיוחדת בדבר זכויות זקנים, אך ניתן לבחון את מדיניות הקורונה ביחס לזקנים לפי גישה של זכויות אדם. זקנים נהנים מזכויות אדם ככל אדם אחר, וניתן ליישם גישה של זכויות אדם גם בהקשר של קורונה וזקנים. ראו נספח 1 – זכויות אדם של זקנים.

איסור אפליה בשל גיל

לפני שנפנה לפרט את זכויות האדם של זקנים ביחס למגפת הקורונה, ניתן את הדעת על שאלה מקדמית חשובה בנוגע לעקרון המרכזי של שוויון ואיסור אפליה: האם, ובאילו נסיבות, מותר לקחת בחשבון קריטריון של גיל כדי להבחין בין יחידים או קבוצות? מתי הבחנה על בסיס גיל נחשבת כפגיעה בשוויון, ומתי היא נחשבת כמקדמת שוויון? האם לגיטימי להטיל סגר על זקנים אך ורק בשל גילם? אם בית חולים לא עומד בעומס של חולי הקורונה, האם מותר להעדיף צעירים על זקנים בקביעת סדרי עדיפויות למתן טיפול נמרץ, כמו למשל חיבור למכונת הנשמה?

אולם קודם לכל - על פי איזה קריטריון קובעים שאדם הוא זקן? מבחינת היחס החברתי מדברים על גיל +60. הקריטריון של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הוא גיל 65, אי שם בין גיל הפרישה לגימלאות בקרב נשים (62) ובקרב גברים (67). יש הסבורים שגיל פרישה מנדטורי הוא אם כל חטאת ביחס למעמד החברתי לזקנים. בהקשר של הקורונה יש המדברים על עלייה בסיכון החל מגיל 60, ויש המתייחסים לסיכון מוגבר החל מגיל 70.

גיל הוא, אם כן, קריטריון חמקמק. כך או כך, על פי עקרון השוויון, כל הגבלה שמבוססת אך ורק על גיל - חשודה על פני הדברים כאפלייה אסורה הקרויה "גילנות" (על משקל "גזענות"), ונשענת על דעות קדומות, הטיות ומבנים חברתיים שמנמיכים את ערכם של זקנים. הכלל הוא שהטלת הגבלות מיוחדות הפוגעות בזכויות האדם של יחידים וקבוצות אך ורק בשל גילם הכרונולוגי - מהווה פגיעה בזכות לשוויון. אין לשפוט אדם על פי גיל כרונולוגי בלבד, אלא לנהוג על בסיס שיקולים עניינים כמו מצב כלכלי או רמת תפקוד, או בהקשר של הקורונה - קיומן של מחלות רקע כרוניות או טיפול רפואי מקביל כמו כימותרפיה לחולי סרטן.

גילנות משקפת את הירידה במעמדם החברתי של זקנים בחברה פוסט-מודרנית של ניאו-ליברליזם תועלתני, שבה שלטת תרבות צרכנית של "אנטי-אייג'ינג" המקדשת נעורים. לעומת יחס הכבוד שזכו

לו זקנים באופן מסורתי בשל ניסיון החיים והחוכמה שצברו, היום העולם שייך לצעירים, ואילו זקנים מוצגים כמי שצורכים משאבים במידה העולה על התועלת שהם מביאים, ונתפסים כטורח וכנטל על החברה והכלכלה. מכאן הדעה שמוצדק להגביל את צעדיהם של הזקנים בנסיבות הקורונה לטובת החופש של הצעירים והתפקוד של המשק.

באופן עקרוני על פי גישת זכויות האדם, גיל הוא איננו שיקול רלוונטי בפני עצמו בקבלת החלטות (אלא אם הגיל הוא הנתון המבדיל היחיד). גם מטרה נעלה, כמו חשש מקריסת בתי החולים בשל עומס תחלואה של קורונה, כשלעצמה איננה מצדיקה גילנות. חובה על המדינה להילחם בדעות הקדומות הפוגעניות שלכאורה מצדיקות אפליה על בסיס גיל בלבד.

עם זאת, העדפה מתקנת על פי גיל איננה גילנות. גיל הוא שיקול רלוונטי ולגיטימי כדי להילחם בתוצאות של אפליה לרעה בשל גיל, ולתקן עוולות עבר. לכן, למשל, המדינה מחויבת לנקוט אמצעים חיוביים כדי לתקן את החסר הכרוני בכוח אדם מקצועי ובמשאבים בתחום השירותים לזקנים, ויפה שעה אחת קודם. בדומה לאפליית נשים, למשל, יש צורך, ואף חובה, של הממשלה לנקוט אמצעים מיוחדים על מנת לבער תוצאות של אפליה.

בגל הראשון דובר על סגר מיוחד לבני 65 ומעלה באופן גורף, וגם על הגבלת יציאת זקנים עובדים לעבודתם, בזמן שחלק גדול מהעובדים החיוניים במשק, ובכללם האנשים האמונים על ניהול משבר הקורונה, שייכים לקבוצת גיל זו (לדוגמה ראש הממשלה בנימין נתניהו, בן 71). התרומה של זקנים אלה, על ניסיונם המקצועי הרב, הכרחית לתפקוד המשק והחברה.[33] גם בחיי התרבות תרומתם של זקנים (כדוגמת צוות השחקנים בתכנית הטלוויזיה הסאטירית "זהו זה") היא ראשונה במעלה.

האם אנחנו אדישים לקורונה כי היא פוגעת בעיקר בזקנים?[34] יש המצביעים על זלזול כללי בציבור בנוגע לשמירה על הנחיות הריחוק החברתי, ומסבירים אותו כביטוי לאדישות שנובעת מכך שהמגפה פוגעת בעיקר בזקנים אשר עומדים למות כך או כך בשנים הקרובות, ולכן הם ממילא מיותרים. מנוע ההדבקה העיקרי של הנגיף הוא דווקא הצעירים, שלא שומרים על הנחיות הריחוק החברתי בגלל שהם לא חשים בסיכון, ומתעלמים מהסכנה שהם מייצרים לסביבה.

מגפה דורשת אכפתיות, אחריות לזולת וערבות הדדית, בעיקר מצד מי שאינם נפגעים ממנה, אבל גם מצד אלו שבהם היא עלולה לפגוע. אחריות, סולידריות וערבות הדדית נמנים גם על חובתם המוסרית של זקנים. מצב בו הזקנים לא יידבקו יטיב גם עם ילדיהם הבוגרים, ויסייע למנוע מצב של עומס יתר על תפקוד מערכת הבריאות שנועדה לשמור על כולם, זקנים וצעירים. לשם מניעת תחלואה, דרוש מידע מדעי מדויק בדבר הסיכונים המוגברים לזקנים בני גילאים שונים עם או בלי מחלות רקע.

בינתיים, בכל העולם זקנים רבים אכן מקפידים על ההנחיות להישאר בבית רוב הזמן, להיזהר ממגע עם אחרים ובמיוחד עם צעירים, ולהימנע ככל האפשר משהייה בחללים סגורים ובלתי מאווררים ואירועים רבי-משתתפים. עם זאת, כאמור, ייתכן שמסע ההפחדה בתחילת הקורונה בישראל הביא

---

[33] צוות המומחים של המשבר (צוות בריאות) "מתווה לטיפול ב'מחלות רקע' של מערכת הבריאות הישראלית אחרי המשבר", נייר עמדה מס' 1, אפריל 2020.

[34] מירב ארלוזורוב, האם אנחנו אדישים לקורונה כי היא פוגעת בעיקר בקשישים?, דה מרקר, 28.8.20.

לכך שרבים גוזרים על עצמם זהירות יתר בהסתגרות ממושכת הנושאת מחירים של פגיעה בשלומם וברווחתם.

בתנאים של מגיפה יש אינטרס ציבורי למנוע מאנשים בסיכון להיחשף לנגיף, אבל יש גם להיזהר מהלך רוח הנוטה לסגור זקנים בינם לבין עצמם במעין גטאות, בין אם כדי להגן עליהם מפני עצמם ובין אם כדי שכל מי שאינם זקנים יוכלו להמשיך את שגרת חייהם. זוהי פגיעה בזכותם לחיות בכבוד, להשתתף בחיי הציבור והקהילה, ולשמור על בריאותם.

האם גיל המטופל הוא שיקול רלוונטי בקביעת סדרי עדיפויות למתן טיפול רפואי, כמו למשל חיבור למכונת הנשמה, נוכח מחסור בציוד או בכוח אדם?

שאלה זו עלתה בגל הראשון של הקורונה בצפון איטליה, ספרד וניו יורק, כאשר בתי החולים קרסו תחת עומס החולים, ולא היתה ברירה אלא לבחור ולהחליט אילו מבין המועמדים לטיפול נמרץ יקבלו אותו ואילו לא. זו דילמה אתית שמקורה בדיני הרפואה הצבאית והיא ידועה כ'טריאז' (triage), משום שההצגה הקלאסית שלה מתארת התלבטות בבית חולים שדה לעת מלחמה בין שלושה חולים הזקוקים לטיפול: חולה אחד על סף מוות, אחד פצוע ביד, ואחד במצב מאוד קל. לחולה הקל סיכוי גבוה לחיות בין אם יקבל טיפול ובין אם לא. לחולה הקשה סיכוי גבוה למות, בין אם יטופל ובין אם לא. ואילו מתן טיפול מיידי לחולה הבינוני עשוי לשנות את התוצאה, ולכן יש לטפל בו.

הנסיבות של הקורונה שונות מאלו של שדה הקרב, אבל הן מציפות שאלה דומה: איך לבחור בין חולים קשים הזקוקים לטיפול כאשר התנאים לא מאפשרים לטפל בכולם, ומהו שיקול לגיטימי או לא לגיטימי בהקשר זה?

לסוגיה הזו נדרשה בתחילת המגפה ועדה משותפת של המועצה הלאומית לביואתיקה, הלשכה האתית של ההסתדרות הרפואית בישראל, ומשרד הבריאות.[35] קשה להתעלם מכך שגיל הוא משמעותי בתפיסה האינטואיטיבית של צדק בחלוקה, גם בעיני הזקנים עצמם, שכן "הילד - כל החיים לפניו". אם הבחירה היא בין שתי חולות המצויות בסכנת חיים, שהן תיאורטית שוות לכל דבר ועניין מלבד הגיל, האחת בת 40 והשניה בת 98, האינטואיציה המוסרית נוטה להעדיף את הצעירה יותר. זקנה בריאה בת 80 יכולה לצפות מבחינה סטטיסטית לחיות עוד עשר שנים באיכות חיים טובה, אולם היא נמצאת בסיכון גבוה לחלות בקורונה עם סיבוכים קשים. עם זאת, במציאות יש הרבה הבדלים קליניים בין חולה אחת לשניה, ועל פי הקריטריונים שקבעה אותה ועדה, גיל המטופל כשלעצמו איננו שיקול רלוונטי.

הוועדה קבעה שמבחינה אתית וחוקית אין להפלות בין מטופל למטופל מטעמים כלשהם לצורך תיעדוף טיפול רפואי, אלא יש רק להתבסס על נתונים רפואיים של הסיכוי להצלחת הטיפול, ובמקרה של מחסור במשאבים – על סיכויי ההישרדות עם או ללא טיפול. כשם שדת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית, מצב סוציו-אקונומי, מוגבלות, מצב בריאותי, מעמד משפחתי ומעמד אזרחי במדינה אינם שיקולים לגיטימיים, כך גם טעמים של גיל. אסור לקבוע כלל גורף שלפיו אין מטפלים בקבוצת גיל מסוימת ללא הסתמכות על הערכה פרטנית. "אולם מותר כמובן לקחת פקטור של גיל כמדד אחד מבין המדדים המשפיעים על הסיכויים של החולה לשרוד את המחלה."[36]

---

[35] נייר עמדה של הוועדה הציבורית לתעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה, מאי 2020.

[36] שם, שם.

המלצות לקובעי מדיניות

על פי החלטת עצרת האו"ם בשנת 1991 בנוגע לזקנים, על המדינות לפעול כדי לקדם חמישה עקרונות: כבוד, עצמאות, מימוש עצמי, השתתפות, וטיפול (care).[37] לכן בחרנו להתמקד בשלוש זכויות עיקריות: זכות האדם לכבוד, הזכות להשתתפות בחיי הציבור והקהילה הרב-דורית, והזכות לבריאות, כאשר כל אחת מהן מהווה בסיס לאגד מסוים של המלצות, ושלושתן ביחד מהוות בסיס להמלצות מדיניות כלליות, כפי שיפורט להלן.

זכות לכבוד

הערך של כבוד האדם הוא יסוד היסודות. כבוד (dignity) הוא ערך הטבוע באדם בהיותו אדם מעצם טבעו, אין לראות באדם מכשיר בידי הזולת ויש להגן עליו מפני ניצול. זקנים אכן פגיעים לניצול, הזנחה ואלימות, בין אם הם מתגוררים בבית ובין אם במוסד. הזכות לכבוד מחייבת את המדינה להיאבק בנוהגים פוגעניים שכאלה ביחס לזקנים, וכן בדעות קדומות גילניות, כמו הדעה כאילו הזקנים "כבר עשו את שלהם", ובין כה וכה חיו מספיק, כך שמוצדק להטיל עליהם מגבלות כדי לאפשר ליתר הדורות לחיות חיי שגרה יותר נוחים.

מכבוד האדם נגזרת חירות הפרט, שהיא עיקר של זכויות שונות הנקראות זכויות אזרחיות-מדיניות (להלן – זכויות אזרחיות), כמו הזכות לחופש תנועה. ואולם, בגל הראשון וגם לאחריו ניתן היה לראות כיצד זקנים נכלאו במוסדות הדיור המוגן, וכיצד נפגעה גם זכותן של עובדות הסיעוד לחירות וחופש תנועה.

חירות היא זכות מפתח לעצמאות ולמימוש עצמי, ללא הבדל גיל, והיא כוללת זכות לאוטונומיה בקבלת החלטות ולחופש בחירה ופעולה בניהול חיינו, כל עוד אנו לא פוגעים בזולת. גם לזקנים זכות לחירות ולקבלת החלטות אישיות הנוגעות לחייהם, שלמות גופם וכבודם, על פי ערכיהם, מצפונם ואמונתם. זקנים החיים עם מוגבלויות אף זכאים לתמיכה על מנת לממש את כשרותם המשפטית כדי שיוכלו להשתתף בקבלת החלטות הנוגעות להם.

ככל אדם אחר, זקנים אמורים ליהנות גם מזכות לפרטיות ולצנעת הפרט, להגנה מפני חדירה לרשות הפרט והתערבות שרירותית בחייהם האישיים. גם בזמן קורונה יש לתת אמון ביכולת הפרט לבחור לנהוג באחריות ולאזן באופן מידתי בין הצורך לשמור על הבריאות שלו לבין הצורך האישי שלו בקשר ומגע אנושי.

ביחסים ובתקשורת בין רופאים לחולים, הזכות לאוטונומיה מחייבת את המטפלים לכבד את ההחלטה של מטופלים בנוגע לטיפול שהם יקבלו, ולתת להם את כל המידע הרלוונטי לבחירה מדעת. כך, גם לזקנים יש זכות למידע על הקורונה על מנת שיבינו כיצד ניתן להתנהל באופן בטוח יחסית ולהמעיט את הנזקים של התגוננות יתר. לשם מימוש זכות, זו על הרשויות להנגיש להם את המידע באמצעים ההולמים את יכולותיהם, והמותאמים גם לקבוצות תרבותיות ולשוניות מוחלשות, כמו יוצאי אתיופיה, ערבים וחרדים.

---

[37] United Nations Principles for Older Persons, UN General Assembly resolution 46/9.

המלצות להבטחת הזכות לכבוד של זקנים

המלצה 1: מאבק בסטיגמה של זקנה – על המדינה להילחם נגד דעות קדומות פוגעניות, מנמיכות ומבטלות כלפי זקנים, כולל ברשתות החברתיות.

המלצה 2: כיבוד האוטונומיה של זקנים – כלל הזהב ביחס אל זקנים, מרמת הפרט ועד לרמת הממשלה, הוא לכבד אותם ואת האוטונומיה שלהם לקבל ולממש החלטות הנוגעות להם אישית, לפי מיטב שיפוטם, אמונתם וערכיהם, לתת בהם אמון ולסמוך על ניסיונם וחוכמת החיים שלהם. גם בתקופת הקורונה יש לתת אמון בשיקול הדעת של הזקנה או הזקן ולכבד את האוטונומיה שלהם, תוך שיתוף קרובים התומכים בהם, לשקול את מידת הסיכון לעצמם ולאחרים ולבחור עד כמה וכיצד להיות בקשר עם קרובים וחברים, גם בקהילה וגם בדיור מוגן.

המלצה 3: שמירת זכויותיהן של עובדות הסיעוד – לקראת התחלואה הצפויה בחורף, יש להבטיח את זכותן לחירות ולחופש תנועה של עובדות הסיעוד בדיור המוגן.

המלצה 4: הנגשת מידע על מחלת הקורונה – לשם מימוש הזכות לאוטונומיה, על הרשויות להנגיש לזקנים מידע רלוונטי על מחלת הקורונה באמצעים ההולמים את יכולותיהם, והמותאמים גם לקבוצות מיעוט תרבותיות ולשוניות, כמו יוצאי אתיופיה, ערבים וחרדים.

המלצה 5: הבטחת זכות להזדקן ולמות בבית – גם בזמן הקורונה יש לקדם אמצעים שיאפשרו לזקנים לחיות בסוף חייהם בתוך קהילה בין-דורית, כולל טיפולי בית, אשפוז בית והוספיס, ויש לעודד יחס אנושי אכפתי וחומל שיקל על מצוקות הגוף-נפש של זקנה ומוות, ושיניח לזקנים להיפרד מן העולם בשקט בביתם ובחיק קרוביהם.

המלצה 6: בירור רצונות הזקנים בקשר לטיפול בקורונה – במקרה של הידבקות בנגיף, יש לקחת בחשבון את הרצון האינדיבידואלי של הזקנה לצד שיקולים שנוגעים לצרכים וליכולות של הזולת (זקנים אחרים, משפחה, צוות טיפולי), ולכבד את רצונותיה ככל הניתן בהתחשב בנסיבות החירום, אם ישנן. חשוב ביותר ליזום ולעודד בכל דרך אפשרית שיח בין זקנים לבין הקרובים להם והמטפלים בהם על העדפותיהם לגבי הטיפול שירצו לקבל במקרה של תחלואה בקורונה, ובמיוחד אם הם בסיכון אישי גבוה לחייהם. יש גם לכבד את הצרכים הרוחניים של הזקנה, על פי אמונתה.

כל זאת לצד הגישה הפורמלית של מילוי המסמכים המשפטיים שנדרשים על פי החוק על מנת לדעת מהם רצונות הזקנה, למקרה של אובדן זמני או מתמשך של הכושר לקבל החלטות. מומלץ שקרובי הזקנה והמטפלים בה יקיימו עמה שיח אישי פתוח, חופשי ולא פורמלי על מנת שתוכל לבטא את רצונותיה. בין היתר רצוי להתעניין ולשאול מהם רצונות הזקנה או הזקן בקשר ל –

(1) ביקורי קרובים בדיור מוגן ומוסדות לטיפול ממושך, ובמקרה של אשפוז - בבית חולים כללי;

(2) מטרות הטיפול שהם מעוניינים לקבל במקרה של סכנת מוות קרובה עם קורונה (למטרת הארכת חיים או לחלופין למטרת שיפור איכות חיים ורווחה אישית; טיפול רפואי מאריך חיים או טיפול רפואי מקל, לרבות גם טיפולים תומכים של רפואה משלימה וליווי רוחני);

(3) המקום שבו הם היו רוצים להיות מטופלים: במקום מגוריהם, במוסד או בבית חולים.

זכות להשתתפות

הזכות להשתתפות כוללת זכות אזרחית להשתתף בחיים הפוליטיים והציבוריים, בניהול ענייני הציבור, ובפרט לגבי זקנים – זכות להיות שותפים בגיבוש ויישום מדיניות הנוגעת להם, ובקבלת החלטות הנוגעות לעצמם.

הזכות להשתתפות מתבטאת גם בזכות של אנשים החיים עם מוגבלות לחיים עצמאיים ושילוב בקהילה, כדי למנוע בידוד או הפרדה ולהבטיח את השתתפותם המלאה בכל היבטי החיים בקהילה, כולל בחיי התרבות. זוהי גם זכותם של זקנים החיים עם מוגבלות. היא מחייבת בין היתר חופש תנועה, ניידות אישית ותחבורה ציבורית ונגישות של שירותים ציבוריים ופעילויות חברה ותרבות בקהילה.

ביטול פעילויות החברה והתרבות במרכזי היום לזקנים בזמן הקורונה פגע בזכות זו להשתתפות. בהיות האדם יצור חברתי השואב זהות ומשמעות מקבוצות השתייכות שונות, גם בזמנים שכאלה יש לזקנים זכות לשמור על קשר עם בני משפחה וקהילות רלוונטיות, ולהשתלב בחיי הקהילה, החברה והתרבות.

כל עוד לא נמצא טיפול או חיסון מוכח מבחינת היעילות והבטיחות גם עבור זקנים, ריחוק פיזי הוא כלי המניעה היעיל ביותר נגד הידבקות בקורונה. אבל ריחוק חברתי מחזק את דפוס ההדרה החברתית של זקנים, ופוגע בזכותם לכבוד ולחיים משולבים בקהילה. יתרה מכך, הניתוק ממערכות התמיכה של משפחה, חברים וקהילה גבה מחירים בבריאות הנפש והרווחה של זקנים רבים אשר חוו בדידות, דכאון או אובדן משמעות.

לאחר שמדיניות הניהול של המגפה התאפיינה בהפחדה והגנת יתר על זקנים, נראה שרבים מהזקנים בישראל עדיין מסתגרים בבתיהם מחשש הידבקות, ממעטים לצאת אפילו להצטיידות בסיסית במזון ותרופות, ונמנעים משהייה במקומות ציבוריים פתוחים כגון פארקים, ומשימוש בתחבורה ציבורית. תוצאה חמורה במיוחד היתה הימנעות מטיפולים רפואיים מחשש להידבקות בנגיף במהלך ההגעה אל המרפאות בקהילה ואל בתי החולים, דבר שגבה מחירים כבדים גם בבריאות וגם בחיי אדם.

גם במוסדות ובבתי הדיור המוגן שבהם יש סיכון מוגבר שהדיירים ידביקו אחד את השני, יש מחירים בגוף ובנפש למניעת ביקורי קרובים, פעילות קבוצתית תומכת ומפגשים בין הדיירים.

ניתן לרכך את השפעות הריחוק החברתי באמצעי תקשורת מותאמים ליכולות זקנים, כמו טלפונים חכמים או טאבלטים. יש לקדם את האוריינות הדיגיטלית שלהם כנגזרת של הזכות לחינוך לה זכאי אדם לכל אורך חייו, ללא הבדל גיל, לצורך תקשורת מרחוק עם בני משפחה ומול מערכות הבריאות והרווחה. לשם כך על נותני השירותים למיניהם להקצות משאבים הולמים כדי לנקוט צעדים פעילים להנגשת מידע ושירותים, ולפתח פתרונות טכנולוגיים המותאמים ליכולותיהם של זקנים.

עם זאת, יש להגן על זקנים מפני ניצול מול מערכות שיווק טלפוניות ודיגיטליות מסחריות שעלולות לבלבל וליצור לחץ על זקנים לרכישת מוצרים שאינם זקוקים להם או שנמכרים בעלות מוגזמת.

המלצות להבטחת הזכות להשתתפות של זקנים

המלצה 7: שיתוף זקנים בקביעת מדיניות – הזכות לכבוד ולשוויון מחייבת את שיתוף הזקנים בתהליכים של קביעת מדיניות לגביהם, במקום שאחרים יחליטו במקומם מה היא טובתם, ברמה הארצית, המקומית והארגונית, כולל בהנהלת דיור מוגן או מוסד לטיפול ממושך.

המלצה 8: שילוב זקנים בחיי הקהילה – גם בזמנים של קורונה יש לזקנים זכות לשמור על קשר עם בני משפחה וחברים ולהשתתף בחיי הקהילה, החברה והתרבות. במקום להגן על זקנים מפני עצמם, יש להעצים אותם לקבל החלטות אישיות עד כמה וכיצד להיות בקשר עם אחרים. בנוסף, יש לעודד זקנים להיות מעורבים בקהילה בין-דורית ולתרום לחברה מחוכמתם וניסיונם, לחלוק עם אחרים את מה שביכולתם לתת, כמו התנדבות בקווים חמים או בלמידה מרחוק עם ילדים, ולתמוך זה בזו.

המלצה 9: הנגשת מידע אודות שירותים ציבוריים לזקנים – על מנת שזקנים יוכלו לממש את זכויותיהם לקבלת שירותים ציבוריים, על הרשויות להנגיש עבורם מידע אמין באמצעים ובערוצים ההולמים את יכולותיהם, והמותאמים לקבוצות מיעוט תרבותיות ולשוניות.

המלצה 10: שיפור אוריינות דיגיטלית – יש לאמץ תכניות חינוך והכשרה מיוחדות לזקנים לטיפוח אוריינות דיגיטלית לצורך תקשורת מרחוק, הפגת בדידות, קניית מזון ותרופות, וקשר עם קופת החולים ועם לשכת הרווחה המקומית.

המלצה 11: פיתוח ערוצי תקשורת לזקנים – בנוסף, יש לפתח פתרונות טכנולוגיים חדשניים שיאפשרו שימוש פשוט ומותאם ליכולותיהם של זקנים, תוך שמירה על פרטיותם והגנה עליהם מפני ניצול. בעת פיתוח אמצעים וערוצי תקשורת שכאלה יש לתת את הדעת במיוחד על הזקנות הפגיעות ביותר המשתייכות למעמד סוציו-אקונומי נמוך ולא נהנות מתמיכת המשפחה.

המלצה 12: שמירת השיח האנושי – בנוסף לחינוך והכשרה בשימוש באמצעים דיגיטליים, יש לדאוג לערוצי תקשורת בינאישית ואנושית עם זקנים, כמו האפשרות לקבוע תור עם רופא בשיחת טלפון ישירה וללא צורך בהקלדה במערכת לזימון תורים, או להזמין מוצרי מזון ותרופות באמצעות קריאה טלפונית שלאחריה מוקדנים יצרו קשר להשלמת הקנייה.

המלצה 13: חידוש פעילויות חברה ותרבות – על מנת שזקנים יוכלו לממש את זכותם לחיים משולבים בקהילה בה הם מתגוררים, ברמת הרשויות המקומיות יש למצוא דרכים לחדש את פעילויות החברה והתרבות במסגרת מרכזי היום לזקנים בקהילה.

המלצה 14: מענה מקומי לצרכים של זקנים – על הרשויות המקומיות לאתר, לייעד ולסמן מרחבים פתוחים המתאימים לתנאי מזג אויר שונים, אשר יאפשרו לכל קבוצות הסיכון של הקורונה, לרבות זקנים, לקיים מפגשים חברתיים ומשפחתיים מצומצמים בשעות מסוימות, ובביטחון יחסי מפני חשש להידבקות מצעירים. מומלץ גם להציע לזקנים ואחרים בסיכון דומה שעות פתיחה מיוחדות של חנויות מזון ובתי מרקחת.

המלצה 15: עידוד התנדבות עם זקנים – ברמה הקהילתית, יש לעודד יוזמות של התנדבות צעירים ובני נוער שישמרו על קשר עם זקנים, במיוחד עם אלו החיים לבד, באמצעות ביקורים או בשיחות טלפון, כדי להפיג את בדידותם, להתעניין בצרכיהם ולסייע להם לקבל מענה. במקרה של סגר, יש לגייס מתנדבים לצורך משלוחי מזון ותרופות. כמו כן, מומלץ גם לפתח תכניות שבהן תינתן לזקנים ההזדמנות לחלוק עם צעירים את החוכמה, הידע, ניסיון החיים וערכי המסורת שלהם.

זכות לבריאות

בכל הנוגע לקורונה, הזכות לבריאות היא החשובה ביותר מבין זכויות האדם החברתיות. זו זכות לבריאות במובן הרחב ביותר: הזכות לרמה הגבוהה ביותר של בריאות גופנית ונפשית שניתן להשיגה, השומרת על יכולת תפקודית, איכות חיים ורווחה אישית. למעשה לא ניתן להבחין בין בריאות לרווחה, שכן הן משפיעות זו על זו באופן הדדי, אולם בניהול משבר הקורונה לא ניתנה תשומת לב מספקת לבריאות הנפש והרווחה של זקנים.

מימוש הזכות לבריאות מושפעת מגורמים חברתיים (social determinants) רבים. ההכרזה לכל באי העולם בדבר זכויות האדם משנת 1948[38] מתייחסת לזכות לרמת חיים נאותה, לרבות תזונה בריאה, ביגוד, דיור, טיפול רפואי, שירותים חברתיים, וביטחון במקרה של אבטלה, מחלה, התאלמנות וזקנה. ההכרזה גם קובעת זכות לעבודה ולחינוך ללא הבדל גיל. הזכות לבריאות תלויה גם בסביבה בטוחה, נקיה, בריאה ובת-קיימא.[39]

בישראל הזכות לשירותי בריאות (וטיפול רפואי) מעוגנת היטב בביטוח הבריאות הממלכתי, אשר מבטיח רמה גבוהה ומתקדמת של שירותי בריאות ורפואה לכל תושבי ישראל. אולם, מצב הבריאות תלוי גם בגורמים של רווחה נפשית וחומרית ובביטחון סוציאלי ואישי. על מנת להשיג את רמת הבריאות הגבוהה ביותר, יש בין היתר לפרוס לזקנים בערוב ימיהם רשת ביטחון כלכלית שתמנע הדרדרות לעוני לאחר פרישה מעבודה ולעת מחלה. כיום בישראל קצבאות הזקנה אינן מספקות זאת.

זכות לטיפול סיעודי היא זכות יסודית לשם מימוש הזכות לבריאות והזכות לקיום בכבוד במצבים של הדרדרות בריאותית לעת זקנה. על אף חשיבותה של זכות זו, בישראל היא אינה מובטחת לזקן ולזקנה בשעותיהם הקשות ביותר. בעיה זו אינה נוגעת לזקנים בלבד אלא לחברה הישראלית כולה, הנמדדת ביכולתה להעניק לאנשים המוחלשים ביותר בקרבה אפשרות להזדקן בכבוד.[40] על פי אמת המידה של דאגה לחלשים ביותר, יש לדאוג לזקנות שאין להן תמיכה משפחתית ולזקנים שבריריים וחולים הזקוקים לתמיכה של קרובים, קהילה ושירותים חברתיים הולמים. עבור זקנים החיים בעוני יש להבטיח גם זכות למזון ולתזונה בריאה כתנאי בסיסי לבריאות. סל תזונה בריאה כולל פירות, ירקות, דגנים מלאים, קטניות, שמן זית, אגוזים ודגים. ברמה המקומית, לקראת החורף יש להיערך לחלוקה של חבילות מזון וארוחות חמות לזקנים העניים והבודדים. לזקנים החיים עם מוגבלות יש זכות גם לעזרה בעבודות משק הבית, כמו ניקיון והכנת מזון.

---

[38] ההכרזה לכל באי עולם בדבר זכויות האדם, העצרת הכללית של האו"ם, 1948 (ניתן למצוא בתרגום לעברית כאן).

[39] Framework Principles on Human Rights and the Environment, UN Human Rights Special Procedures, 2018.

[40] ביטוח סיעודי ציבורי: הצורך ברפורמה חקיקתית, אוניברסיטת חיפה והאגודה לזכויות האזרח, יוני 2016.

מדאיגה במיוחד תופעה שנצפתה בגל הראשון של החמרה במדדי שבריריות אצל זקנים, בגלל שלא יצאו מהבית להליכה בחוץ. עד כה, עם למעלה מעשרים מיליון נדבקים ברחבי העולם, דווח על מקרים ספורים בלבד שבהם מקור ההידבקות היה במפגש באוויר הפתוח. פעילות גופנית של זקנים מחוץ לבית באוויר הפתוח – גם היא תנאי בסיסי לבריאות הגוף והנפש, ויש לעודד אותה. למניעת בדידות, אפשר גם להיפגש עם קרובים וחברים באוויר הפתוח, תוך עטיית מסכה ושמירה על ריחוק.

לאור נתונים שהראו כי תחבורה ציבורית היא מקור להידבקות בקורונה, יש להבטיח לזקנים זכות לתחבורה בטוחה לצורך רכישת מזון ותרופות וקבלת שירות רפואי או חברתי, במיוחד בהיערכות לקראת גל מחלת השפעת הצפוי בחורף. אמנם בעונות החורף האחרונות השיעור הגבוה ביותר של תחלואה דמוית-שפעת היה בקרב תינוקות, ילדים ובני נוער, בעוד השיעור בקרב זקנים היה מהנמוכים ביותר (למרות סיכון המוות המוגבר ככל שעולה הגיל). עם זאת, העובדה שלא היה עודף תמותה מאז תחילת הקורונה – כלומר שיעור הנפטרים הכולל אינו גבוה מהממוצע הרב שנתי – מצביעה על כך שריחוק פיזי מונע הידבקות גם במחלות זיהומיות אחרות. לכן רצוי שקופות החולים יקימו מערך של מיון שפעת-קורונה עבור זקנים על בסיס ביצוע בדיקות בקהילה או אפילו בבית. בהיעדר אפשרות כזו, עליהן לדאוג למערך הסעות מהבית למרכזי בריאות בקהילה לצורך ביצוע בדיקות מיון.

יש לברך על המגמה של קופות החולים לפתח רפואה מרחוק. עם זאת, אין להמעיט בחשיבות של קשר עין ומגע אנושי, גם ביחסים ובתקשורת בין רופאים למטופלים. במקרה של אשפוז במחלקת קורונה בבית חולים, קשר אנושי חשוב גם לזקנים וגם לצוות המטפלים והמטפלות. אם הקשר מתקיים באמצעות מצלמות, יש להבטיח שהן תהיינה דו-כיווניות, תוך הימנעות מפגיעה בפרטיות כשאין בכך צורך.

במקרה של הידבקות בנגיף, לזקנים יש זכות לחופש בחירה באשר לטיפול אותו יקבלו. יחד עם זכותם לקבל טיפול מציל או מאריך חיים, יש לכבד גם את רצונם להימנע מהתערבויות רפואיות פולשניות שמטרתן הארכת חיים, ולהבטיח את הזכות לטיפול רפואי מקל וכל טיפול אחר לשיפור איכות חייהם: טיפול תומך רב-מקצועי לפי הצרכים (רפואי, סיעודי, פסיכו-סוציאלי, וגוף-נפש), גם בשירותים בקהילה וגם בבית. יש לקחת בחשבון את סיכוני הזיהום של אשפוז בבית חולים, ואת ההשפעה המחלישה של הטלטול במעבר בין הבית לבית החולים ובחזרה. מהבחינה הזאת, רצוי לאפשר לזקנות החיות לבד שנדבקו בנגיף להישאר בביתן במקום להתפנות למלונית, ולשם כך יש צורך בשיתוף פעולה של קופות החולים, שירותי הרווחה ופיקוד העורף. במקרה של סכנת חיים, וככל שמתאפשר תחת נסיבות חירום, יש לכבד את הרצון של זקנה או זקן למות בבית, בתיאום עם שירותי ההצלה, על מנת שלא יפנו אותם לבית חולים בניגוד לרצונם.

התיאור של זקנים שמתו בבדידות במחלקת הקורונה, ללא הליווי של קרובים בעת גסיסתם, העלה תמונה מזעזעת ואכזרית גם ביחס לזקנים וגם ביחס לקרוביהם. ראוי לכבד את זכותם של זקנים הנוטים למות לסרב להתפנות לבית חולים גם על פי הבעת רצון מוקדמת. במקרה של אשפוז בבית חולים, הרצון למנוע הדבקה ככל הניתן אינו הערך היחיד, ויש לאזן אותו עם הצורך של החולים וקרוביהם להיות יחד, וליצור דרכים שיאפשרו זאת.

המלצות להבטחת הזכות לבריאות

המלצה 16: תגבור שירותי הרווחה לזקנים – בראש ובראשונה יש לתקן את ההזנחה של בריאותם הנפשית ורווחתם של זקנים בעת הסגר הראשון. לשם כך יש לתגבר את שירותי הרווחה לזקנים, במיוחד המוחלשים והמבודדים ביותר, ולתמוך במשפחות שנותנות מענה לצרכים של זקנים תלויים.

המלצה 17: תמיכה באיכות החיים של זקנים – יש לתמוך באיכות חייהם של זקנים בזמן קורונה, לדאוג לרווחתם הכללית, לעודד פעילות גופנית, שהיא תנאי בסיסי לבריאות הגוף והנפש שלהם, בחוץ באוויר הפתוח, לאפשר מפגשים ופינות ביקורים בחוץ באוויר הפתוח, ולעודד דרכים נבונות של שמירה על קשר חברתי כמו יצירת "בועות" של חברים ששומרים על עצמם מתוך דאגה זה לזה.

המלצה 18: ביטחון תזונתי – יש להבטיח זכות למזון ולסל תזונה בריאה עבור זקנים החיים בעוני. לקראת החורף יש להיערך ברמה המקומית לחלוקה של חבילות מזון וארוחות חמות לזקנים העניים והבודדים.

המלצה 19: עידוד קשרים בין-דוריים – ברמת המשפחה, במקום המסר הפטרנליסטי של "אסור לחבק את סבא וסבתא", יש לעודד ילדים וצעירים להיות בקשר עם זקנים, ככל שהם שומרים על כללי הזהירות של היגיינה אישית, ריחוק פיזי ועטיית מסכה לפי הגיל.

המלצה 20: הקמת מרפאות אחודות[41] לזקנים להבטחת טיפול שוטף – על קופות החולים להבטיח טיפול רפואי שוטף ורציף בתחלואת רקע של זקנים, ולוודא שאין ירידה במצב בריאותם בשל הימנעות מטיפולים רפואיים דחופים או שגרתיים בגלל הקורונה. על קופות החולים להמשיך לפתח שירותים של ניטור, מעקב וטיפול בבית לזקנים וזקנות החיים בקהילה, בעיקר למי שאין להם בני זוג. בנוסף לשירותי רפואה מרחוק, קופות החולים יכולות לשתף פעולה ולהקים מרפאות אחודות המיועדות לזקנים וחולים כרוניים, שבהם יינקטו אמצעים מיוחדים להגנה מפני נגיף הקורונה.

המלצה 21: הקמת מערך מיון שפעת-קורונה לזקנים בקהילה – במסגרת ההיערכות לגל השפעת הצפוי בחורף, רצוי שקופות החולים יקימו מערך של מיון שפעת-קורונה עבור זקנים בבית, או לכל הפחות ידאגו למערך הסעות מהבית למרכזי בריאות ייעודיים בקהילה לצורך ביצוע בדיקות.

המלצה 22: פיקוח על תנאי האשפוז של זקנים במוסדות ובבתי החולים – על הממשלה לפקח על תנאי האשפוז של זקנים במוסדות ובבתי החולים כדי להבטיח ביקורי קרובים, ולאמץ נוהל מחייב שיאפשר לבני משפחה לשהות לצד זקניהם בסוף חייהם ולהיפרד מהם על ערש דווי.

---

[41] "מרפאה אחודה" – מרפאה בקהילה בה ניתן שירות רפואה ראשונית בשעת חירום למבוטחי כל קופות החולים ללא קשר לקופה בה הוא מבוטח.

המלצות כלליות

המלצה 23: מניעת בדידות – על רקע דפוסים קיימים של הדרה חברתית, הבעיה העיקרית שיש להידרש אליה לאור המדיניות שננקטה עד כה כלפי זקנים, היא בדידות כתוצאה של ריחוק חברתי ובידוד יתר. בעיה זו הייתה חמורה במיוחד באותם מוסדות לטיפול ממושך ובתי דיור מוגן אשר הנהיגו כללים מחמירים לבידוד הדיירים שלהם. היא מצריכה התייחסות מיידית לקראת גל התחלואה הצפוי בעונת החורף, בראש ובראשונה על ידי חיזוק שירותי הרווחה והחברה לזקנים, לרבות תגבור כוח אדם של עובדים סוציאליים ושיפור תנאי עבודתם בשירותי הרווחה, במיוחד ברשויות המקומיות הממוקמות בדירוג סוציו-אקונומי נמוך. כמו כן, ברמה המקומית יש ליצור תשתית של רשת חברתית התומכת בזקנים, המשלבת אותם בקהילה ויודעת להעריך את מעורבותם בה.

המלצה 24: פיתוח תוכנית-על אסטרטגית בתחום הזקנה – בטווח הארוך, יש לתת מענה לבעיות המבניות של ביזור האחריות לזקנים בין גופים שלטוניים רבים, ושל תת-התקצוב הכרוני. יש צורך בפיתוח תכנית-על אסטרטגית עם תכנון לטווח ארוך שתביא לתיאום ואינטגרציה בין חלקי המערכת השונים, להקמה של מרכז ידע שיאחד את כל המקורות, ולקביעת סדרי עדיפויות בתגבור כוח אדם ובהקצאת משאבים לזקנים. תכנית כזו צריכה לתת מענה הולם והוליסטי לצרכים הבריאותיים, הכלכליים והחברתיים של זקנים, במטרה לתמוך בזכותם לחיות בכבוד, בבריאות וברווחה כחלק מקהילה רב-דורית. בדצמבר 2018 פירסמה הכנסת ה-20 "תכנית-אב לאומית בתחום הזקנה",[42] אולם מעבר לכך לא נעשה דבר.

המלצה 25: שיתופי פעולה בין-מגזריים – בטווח המיידי, עד לכינון תכנית-על אסטרטגית, על הממשלה לקדם יוזמות של שיתוף פעולה בין-מגזרי של משרדי הממשלה, קופות החולים, הרשויות המקומיות וארגוני החברה האזרחית כדי לתמוך בבריאותם, רווחתם ואיכות חייהם של הזקנים.

המלצה 26: תגבור כוח-אדם בתחום הגריאטריה והסיעוד – יש הכרח לחזק את תחומי הגריאטריה והסיעוד בכוח אדם מקצועי רפואי וסיעודי, ובעובדי-עזר שיעברו הכשרה מתאימה. בטווח הארוך, יש צורך בתוכנית לאומית להגדלה משמעותית של מספר הרופאים הגריאטריים ועובדי הסיעוד. במקביל, על הממשלה לקיים את הזכות לכבוד של כל הזקנות והזקנים הסיעודיים, ולקדם זכות לטיפול סיעודי ביתי מלא לאורך כל השבוע, במיוחד עבור העניים ביותר, כדי למנוע אשפוז מוסדי. בטווח המיידי, יש צורך דחוף למלא את החסר בעובדי-עזר סיעודיים במוסדות לטיפול ממושך, וזאת על ידי גיוס עובדים מקרב בוגרי בתי ספר לסיעוד שאינם מועסקים כיום בגלל מחסור בתקנים, במיוחד בפריפריה, או לבנות ולהציע תוכניות של הכשרה מקצועית כהזדמנות תעסוקתית בזמנים של אבטלה גבוהה יחסית בגלל הקורונה.[43]

המלצה 27: הבטחת רשת ביטחון כלכלית-חברתית לזקנים – יש לשים דגש על היענות לצרכים של הזקנים המוחלשים ביותר, ולתעדף אוכלוסיות יעד פגיעות במיוחד, וזאת לפי טווח גילאים, מגדר, עוני, מצב בריאותי, מוצא, שפה, תרבות, ואוריינות דיגיטלית. על מנת להשיג את רמת

---

[42] בניית תכנית-אב לאומית בתחום הזקנה, סיכום עבודת הוועדה המשותפת לוועדת העבודה, הבריאות והרווחה וועדת הכלכלה, בראשות ח"כ טלי פלוסקר, הכנסת ה-20, דצמבר 2018.

[43] צוות המומחים של המשבר (צוות בריאות) "מתווה לטיפול ב'מחלות רקע' של מערכת הבריאות הישראלית אחרי המשבר", נייר עמדה מס' 1, אפריל 2020.

הבריאות הגבוהה ביותר, יש לתת לזקנים בערוב ימיהם רשת ביטחון כלכלית שתמנע התדרדרות לעוני, ולעדכן את קצבאות הזקנה, הנכות והסיעוד על מנת לממש את זכותם של זקנים לקיום בכבוד ובביטחון אישי עד אחרית ימיהם. כמו כן, דרושה רפורמה מקיפה בתחום הביטוח הסיעודי הציבורי בישראל, חקיקה של חוק ביטוח סיעודי ממלכתי, ופיקוח הדוק על מוסדות פרטיים לטיפול ממושך.

המלצה 28: תעדוף שירותים לזקנים בהקצאת משאבים – על רקע ההזנחה של הזקנים בקהילה בגל הראשון, יש להשקיע משאבים הולמים כדי לחזק את שירותי הרווחה התומכים והחברתיים, כעניין של העדפה מתקנת. כדי לתקן עוולות עבר, יש לתת לכך קדימות בחלוקת משאבים, תוך תיעדוף קבוצות הזקנים המוחלשות ביותר על מנת למנוע פגיעות נוספות בזכויות האדם שלהם.

המלצה 29: שיתוף זקנים בקבלת החלטות הנוגעות להם באופן אישי – בכל הרמות, מהממשלתית ועד לפרטית, יש לקדם את זכותם של זקנים לכבוד ולאוטונומיה על ידי בירור אקטיבי של רצונותיהם וצרכיהם, ושיתופם בקבלת החלטות הנוגעות להם אישית; חינוך לאוריינות ותקשורת דיגיטלית, והנגשה של מידע אמין באמצעים מותאמים ליכולותיהם; ושיתופם בקביעת מדיניות הנוגעת אליהם יחד עם אנשי מקצוע העובדים בשטח, במרכזים קהילתיים, ברשויות המקומיות, במוסדות ובקופות החולים.

המלצה 30: קידום זכות להזדקן בכבוד בבית – יש להבטיח לזקנים שירותים חברתיים שיאפשרו להם להזדקן בבית, בהתאם למגמה בולטת בתכנון שירותים לזקנים בארצות אחרות, המכוונת לאפשר להם לשהות בבתיהם ובקהילותיהם ככל שניתן, במקום במוסדות. מגמה זו נובעת מהכרה בעובדה שעדיף להזדקן בבית גם מבחינת רווחת הזקנה ואיכות חייה, וגם מבחינת עלויות הטיפול. בטווח הארוך, נדרשות תוכניות פעולה שיספקו לזקנים את התמיכה והסיוע שיאפשרו להם להזדקן בכבוד בבית, בתוך הקהילה הרב-דורית הקרובה.

המלצה 31: הרחבת שירותי קופות החולים בקהילה – יצוין לטובה כי קופות החולים התחילו לפתח וליישם שירותים של טיפול ואשפוז בית לזקנים. עליהן להגדיל את השירותים הללו ולהרחיב אותם, כדי שכל זקנה בישראל תוכל לקבל טיפולי בית רב-מקצועיים לפי הצורך. גם במקרים של מחלה חריפה, יש להעביר אתמשקל הכובד של הטיפול הרפואי מחדר המיון בבית חולים אל המרפאות בקהילה, כולל מרפאות אחודות של קופות החולים, מרפאות ניידות ושירותי רפואה מרחוק.

המלצה 32: בניית מערך של רפואה פליאטיבית לאשפוז בית – על קופות החולים לטפח מערך של אשפוז בית, בפרט לזקנים בסוף חייהם על מנת שיוכלו לבחור היכן הם רוצים למות: במקומם בתוך הקהילה, בדיור מוגן או במוסד, או בבית חולים. לשם כך, וכאלטרנטיבה לרפואה פולשנית מאריכת חיים, יש לפתח ולטפח רפואה פליאטיבית להקלה על סבל ולשמירה על איכות חייהם של זקנים בסוף חייהם. יש גם להרחיב את שירותי הוספיס הבית, הניתנים כיום בעיקר לחולי סרטן, כך שיוענקו גם לזקנים בסוף חייהם, לרבות שירותים תומכים כמו טיפולי גוף-נפש, רפואה משלימה וליווי רוחני, הכול על פי בחירתם.

נספח 1 – זכויות האדם של זקנים

זכויות האדם מעוגנות בהכרזה לכל באי העולם בדבר זכויות האדם,[44] המבוססת על הכרה בכבוד הטבעי של כל אדם באשר הוא, ועל יסודות של חירות, צדק ושלום. ההכרזה נפתחת באמירה שכל בני האדם נולדו בני חורין ושווים בזכויותיהם וכולם חוננו בתבונה ובמצפון, והם זכאים כולם, ללא הבדל, ליהנות מזכויות האדם. גם מגילת העצמאות של מדינת ישראל הכריזה כי המדינה תהא מושתתת על אותם יסודות של חירות, צדק ושלום, וכי היא תקיים שוויון זכויות חברתי ומדיני גמור לכל אזרחיה. במשפט החוקתי בישראל, מרבית זכויות האדם מוגנות מכוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, הקובע בין היתר כי כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו.

עקרונות בסיסיים

גישה של זכויות אדם מבוססת על כבוד האדם באשר הוא אדם, והיא אוניברסלית במובן זה שהיא נוגעת לכל אדם בהיותו יילוד אישה ובן תמותה, ללא הבדל דת, מוצא, מין וכיוצ"ב. זו גישה המחוייבת לעקרונות של חירות הפרט, שיוויון וצדק, ומתאפיינת גם בלכידות וסולידריות חברתית ("אחווה" לפי האקדמיה ללשון עברית), היינו ערבות הדדית ודאגה לחלש ולקבוצות החברתיות המוחלשות והפגיעות ביותר, כולל בקביעת סדרי עדיפויות בהקצאת משאבים ציבוריים. לתוצאה זו ניתן להגיע גם לפי גישה של בריאות הציבור, על פיה יהיה צורך לקדם תוכניות לחינוך, מניעה וקידום בריאות בייחוד בקרב הקבוצות המועדות להיפגע באופן הקשה ביותר.

הערכים שבבסיס שיח זכויות האדם מהדהדים אתיקה פמיניסטית של אכפתיות ואחריות, כפי שניסחה זאת קרול גיליגן.[45] כולנו קשורים זה לזו ביחסי גומלין ובתלות הדדית מעצם היותנו בני ובנות אדם שבאים לעולם כשאנו קשורים בחבל הטבור לאימהותינו. מכיוון שכך, אנו יכולים לדמיין את עצמנו בנעלי הזולת ולהבין את הסבל שלו. אחריות (מלשון 'אחֵר'), או זולתנות, היא יחס שמתעלה על האינטרס העצמי כדי לראות מהם הצרכים של הזולת ולדאוג לו.

גישת זכויות אדם מתיישבת גם עם עקרונות של אתיקה רפואית על פי המודל המקובל מזה ארבעים שנה,[46] המכבדת את האוטונומיה והפרטיות של מטופלים, והמחויבת לצדק גם במובן של אי-אפליה וגם במובן של צדק בחלוקה והקצאה הוגנת של משאבים מוגבלים. סוגיה אתית זאת היא במוקד העבודה של "ועדת הסל", שמחליטה מדי שנה אילו טכנולוגיות רפואיות יתווספו לסל השירותים הבסיסי של ביטוח הבריאות הממלכתי לו זכאי כל תושב ישראל.

גם ביהדות יש ערכים רבים שמתיישבים עם גישה זו. ההלכה מכירה בייחודו של אדם, שנברא בצלם, והפסוק "ואהבת לרעך כמוך" נחשב לכל התורה כולה על רגל אחת. מצוות של גמילות חסד וביקור חולים הן ביטוי של דאגה לחלש, וביחס לזקנים התורה מלמדת: "כבד את אביך ואת אימך", ו"מפני שיבה תקום, והדרת פני זקן".

---

[44] ההכרזה לכל באי עולם בדבר זכויות האדם, העצרת הכללית של האו"ם, 1948 (ניתן למצוא בתרגום לעברית כאן).

[45] קרול גיליגן, בקול שונה, ספריית הפועלים 1995.

[46] Beauchamp and Childress, Principles of Biomedical Ethics, 1979 (first edition).

זכויות אזרחיות וחברתיות

זכויות האדם פורטו בשורה ארוכה של אמנות בינלאומיות, בראשן האמנה בדבר זכויות אזרחיות ומדיניות (1966) והאמנה בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות (1966). כאשר עוסקים בזכויות אדם של זקנים, יש לתת את הדעת גם על האמנה בדבר ביעור אפליה נגד נשים (1979), מפני שרוב אוכלוסיית הזקנים בעולם הן נשים, וכן על האמנה בדבר זכויות אנשים החיים עם מוגבלות (2006), מפני שתהליך ההזדקנות מלווה לעתים קרובות במוגבלויות גופניות ושכליות. זכויות כאלה מוצאות ביטוי במשפט הישראלי בחוקים רבים, וביניהם חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994), חוק זכויות החולה (התשנ"ו-1996), חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות (התשנ"ח-1998) וחוק החולה הנוטה למות, (התשס"ו-2005).

מקובל להבחין בין שני סוגים עיקריים של זכויות אדם: זכויות אזרחיות-פוליטיות וזכויות כלכליות-חברתיות.

זכויות אזרחיות-פוליטיות –

זכויות המתמקדות ביחידים, ונגזרות ברובן מעקרונות של חירות הפרט, שוויון פורמלי (equality) ואיסור האפלייה. בעיקרן, הן מחייבות את רשויות השלטון להימנע מלהתערב ברשות הפרט.

זכויות כלכליות-חברתיות –

מתייחסות להיותנו יצורים חברתיים ותלויים זה בזו הדדית, והן מחייבות את המדינה לנקוט אמצעים פרו-אקטיביים (affirmative actions) עד כדי מירב המקורות העומדים לרשותה על מנת להבטיח את מימושן המלא של אותן זכויות, לכל הפחות באופן הדרגתי. [47]

זכויות חברתיות נגזרות משלושה עקרונות: צדק, שוויון מהותי (equity) וערבות או עזרה הדדית. עקרונות אלה מתייחסים לאדם בהקשר החברתי, ומבטאים ערכים של סולידריות חברתית ומחויבות עמוקה לדאגה לחלשים ולמוחלשים. עקרון השוויון המהותי מחייב העדפה מתקנת – כדי לתקן תוצאות בלתי-שוויוניות של אפלייה קבוצתית בעבר – בין אם על ידי מתן עדיפות לפרט כדי להתגבר על מחסומים של דעות קדומות, ובין אם על ידי תיעדוף בהקצאת משאבים ציבוריים כדי לענות על הצרכים של חברי אותה קבוצה מוחלשת.

בחברה בת זמננו מעמדם של זקנים הולך ונחלש, כאשר הם סובלים מסטיגמה ודעות קדומות. לא קיימת אמנה בינלאומית מיוחדת בדבר זכויות זקנים, אך זכויות אלו נגזרות מהאמנות הקיימות לגבי זכויות אדם.

על החברה והממשלה לדאוג ולהבטיח כי זקנים יהנו מזכויות האדם – ככל אדם.

---

[47] האמנה בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, 1966, סעיף 2.

הטבלה הבאה מציגה עקרונות שיח של זכויות זקנים, המעוגן במסמכים המשפטיים הבינלאומיים והמקומיים של זכויות האדם, או שואב מהם השראה.

זכויות האדם של זקנים
<u>עקרונות כלליים</u> על המדינות לפעול כדי לעודד ולאפשר "עצמאות, השתתפות, טיפול (care), מימוש עצמי, וכבוד" של זקנות וזקנים. United Nations Principles for Older Persons, UN General Assembly resolution 46/9.
<u>כבוד האדם</u> • Respect for dignity • כבוד לאדם באשר הוא כערך טבוע כשלעצמו (לא כמכשיר בידי זולת), ללא הבדל גיל, מין, רקע אתני, דת, מוגבלות, מצב כלכלי • חובת המדינה להיאבק בסטריאוטיפים, בדעות קדומות ובנוהגים פוגעניים • זכות לקיום בכבוד - זכות לאיכות חיים סבירה • זכות להזדקן בכבוד • זכות למות בכבוד • זכות לרמת חיים נאותה לבריאות ורווחה • זכות אנשים פגיעים בחברה להגנה מפני ניצול, כולל זקנות החיות לבדן
<u>זכויות אזרחיות</u> • זכות ליחס הוגן של שוויון (equality) ואי-אפלייה • זכות לחירות – לחופש בחירה ופעולה (כל זמן שלא פוגעים בזולת) • זכות לפרטיות והגנה מפני חדירה לתחום הפרט • זכות לאוטונומיה בקבלת החלטות אישיות • זכות זקנים החיים עם מוגבלויות לתמיכה על מנת לממש את כשרותם המשפטית • זכות למידע • זכות לשלמות הגוף • זכות לחופש תנועה • זכות להשתתף בחיים הפוליטיים והציבוריים ובניהול ענייני הציבור, לרבות בגיבוש ויישום מדיניות הנוגעת לזקנים
<u>זכויות חברתיות</u> • עקרונות מנחים: צדק, שוויון (equity) והעדפה מתקנת (affirmative action), וערבות הדדית • זכות לבריאות – זכות לרמה הגבוהה ביותר של בריאות גופנית ונפשית שניתן להשיגה, שמירה על יכולת תפקודית, איכות חיים ורווחה (wellbeing)) • זכות לחינוך • זכות לתרבות • זכות לביטחון אישי - לרמת חיים נאותה, לבריאות ולרווחה, לרבות מזון, ביגוד ודיור • זכות לביטחון חברתי וכלכלי - לביטוח סוציאלי ולשירותי רווחה • זכות זקנים החיים עם מוגבלות לחיים עצמאיים ושילוב בקהילה, ובין היתר הזכות: (1) לבחור את מקום מגוריהם והיכן ועם מי יגורו; (2) לקבל גישה למגוון שירותי תמיכה קהילתיים תוך-ביתיים, תלויי דיור ואחרים, לרבות סיוע אישי; לתמוך בחיים בקהילה ובשילוב בה, וכדי למנוע בידוד או הפרדה מהקהילה; (3) להשתתף באופן מלא בכל היבטי החיים – כולל נגישות פיזית, תחבורה, טכנולוגיות מידע ותקשורת, שירותים ציבוריים; (4) זכות לניידות אישית הכוללת מידה רבה ככל האפשר של עצמאות

מכון זולת פועל לקדם מדיניות של שוויון וזכויות אדם
ולשקם את הלגיטימיות של שיח זכויות האדם בישראל

נשיאה | זהבה גלאון
מנכ"לית | עינת עובדיה

כל הזכויות שמורות ל**זולת - לשוויון וזכויות אדם ©**

zulat.org.il

זולת
לשוויון
וזכויות
אדם