



המדריך לרופא המטפל בעציר/אסיר שובת רעב

ההסתדרות הרפואית לישראל

יוני 2014

- 3. דברי פתיחה •
ד"ר ליאוניד אידלמן, יו"ר הר"י
- 5. עצירים ואסירים שובתי רעב
והאתיקה הרפואית •
ד"ר תמי קרני, יו"ר הלשכה לאתיקה
- 11. הצהרת מלטה בנושא שובתי רעב •
- 16. הצעה למודל: טיפול בשובתי רעב •
ד"ר נמרוד עדי, מנהל מחלקת טיפול נמרץ,
מרכז רפואי קפלן
- 23. סיכום •



ההסתדרות הרפואית בישראל רח' ז'בוטינסקי
35, בניין התאומים 2 ת"ד 3566 רמת גן, מיקוד
52136 טל. 03-6100444 פקס. 03-5753303
www.ima.org.il

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לאחסן במאגרי מידע, לשרר או לקלוט בכל דרך או בכל אמצעי אלקטרוני, אופטי, מכני או אחר כל חלק שהוא מן החומר המופיע בספר זה. שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול בספר זה אסור בהחלט, אלא ברשות בכתב מהמוציא לאור ובעלי הזכויות.

דברי פתיחה

ד"ר ליאוניד אידלמן, יו"ר הר"י

בשנים האחרונות נוקטים אסירים ועצירים המוחזקים בבתי סוהר בישראל בשביתת רעב ככלי להשגת דרישותיהם. מעל לאלף מקרים כאלה התרחשו עד כה. בדרך כלל, שביתת הרעב התחילה והתרחשה במתקני שירות בתי הסוהר (שב"ס) וחלק מהשובתים התאשפזו בבתי חולים ציבוריים ברחבי הארץ במידה והשביתה נמשכה. שביתות הרעב נמשכו מימים בודדים עד שבועות וחודשים ובמהלכן השובתים שתו והסכימו מדי פעם לעבור בדיקות, ליטול ויטמינים ופחמימות דרך הוויד. בכל פעם, משך והיקף שיתוף הפעולה עם רופאי שב"ס ו/או רופאי בתי החולים היה שונה. אף עציר או אסיר בישראל לא נפטר במהלך שביתת רעב עד כה.

דילמות סבוכות הן במישור המקצועי, הן במישור הארגוני והן במישור האתי מלוות את הטיפול הרפואי בשובתי רעב. הספרות הרפואית מסייעת במצב זה באופן מוגבל, בעיקר בשל היעדר מחקרים מבוקרים בתחום ושונות רבה בין המקרים.

לפי עמדת הר"י, האכלה בכפייה משמעה עינויים ולכל רופא הזכות לסרב להזין שובת רעב בניגוד לרצונו. מעבר לכך, הזנה בכפייה אינה נעדרת סיכונים והיא לכשעצמה עלולה להזיק לשובת הרעב.

בחודש יוני 2014 עשרות עצירים שובתי רעב אושפזו בבתי חולים שונים בארץ בו זמנית. על רקע סיטואציה מורכבת זו, וכדי להביא לשיח מקצועי והסכמות בין הגורמים השונים האמונים על הטיפול הרפואי בשובתי הרעב, כינסה ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) כנס הסכמה (Consensus Conference) תחת הכותרת: **"טיפול באסירים/עצירים שובתי רעב - אתגר רפואי"**. כנס השתתפו נציגים של האיגודים המדעיים, חברים בלשכה לאתיקה, נציגי משרד הבריאות, המועצה הלאומית לביואתיקה, רופאי שב"ס, נציגי הצלב האדום ומשתתפים נוספים.

להלן ההסכמות שהושגו במהלך הכנס:

1. הרופאים מכבדים את רצונם החופשי של שובתי הרעב כבני אדם וכמטופלים.
2. הטיפול בשובתי הרעב הוא טיפול רפואי מורכב, התלוי גם במחלות רקע שונות של המטופל ובמצבי רעב שונים שלו.
3. טיפול זה ניתן על רקע המתח שבין עיקרון קדושת החיים ובין החובה לכבד את האוטונומיה של המטופל על גופו.
4. תפקיד הרופא הוא לסייע ככל יכולתו לשובת הרעב להישאר בחיים – בין אם ימשיך בשביתת הרעב ובין אם יחדל ממנה – הכל בהתאם לרצונו החופשי של המטופל.

-
5. בהתאם לכללי האתיקה המקובלים בישראל ובעולם, טיפול רפואי בכפייה, לרבות הזנה בכפייה, הוא אסור.
 6. על הרופא לשמור על סודיות רפואית מלאה בטיפול בשובת הרעב.
 7. הרופאים אינם "כלי־כולים". המשך שביתת הרעב מרצון עלול לגרום לנזק בריאותי בלתי הפיך ואף למוות של שובתי הרעב, ללא קשר לטיפול הניתן להם.
 8. יש לפעול בשיתוף פעולה בין הרופאים המטפלים, הנהלות בתי החולים, רופאי שירות בתי הסוהר ומשרד הבריאות, על מנת שהרופאים יעמדו בכללים המקובלים.
 9. הרופאים יפעלו כחלק מצוות אשר יתכנן את ההיערכות הלוגיסטית של מערכת הבריאות הציבורית לקליטה וטיפול בשובתי הרעב. זאת, מתוך חשש כי שביתת הרעב הנוכחית עשויה לגדול ולהתרחב עד כדי השפעה ממשית על יכולתם של בתי החולים והצוותים הרפואיים להעניק טיפול רפואי לכלל המאושפזים בבתי החולים.
 10. הר"י והלשכה לאתיקה ילוו את הרופאים המטפלים ויתמכו בהם.

ההסכמות הללו מהוות את הבסיס למדריך, אשר אמור להוות כלי בהתמודדות עם האתגר שבטיפול בשובת רעב.

עצירים ואסירים שובתי רעב והאתיקה הרפואית

ד"ר תמי קרני - כירורגית, יו"ר לשכת האתיקה של הר"י

במהלך העשורים האחרונים, השינויים שחלו עם התאמת הרפואה הישראלית לסטנדרטים המקובלים בארה"ב, קנדה, בריטניה, ומדינות רבות נוספות השייכות לארגון הרפואה העולמי WHO הביאו לשינוי מודל הרפואה הפטרנליסטית שהיה נהוג, וכעת האוטונומיה של החולה הפכה להיות עקרון מוביל ביחסי רופא-חולה.

אוטונומיה, משמעותה כי למטופל יש זכות מלאה לקבל החלטות, באופן חופשי ועצמאי, בדבר הטיפול הרפואי שיינתן לו ובדבר מתן הרשאה והסכמה מדעת קודם לתחילת הטיפול הרפואי בו. הסכמה כזו תינתן על בסיס מידע רפואי מלא שיימסר למטופל על ידי הרופא ביושר, בשקיפות, באופן סביר ומאוזן. אוטונומיה, משמעותה גם זכות המטופל לדחות או לסרב להצעות רפואיות מבלי שהם יכפו עליו את דעתם. כיבוד עצמאותו של המטופל, משמעותו שמירה על כבודו באשר הוא אדם, והקפדה על פרטיותו ועל הסודיות הרפואית שלו. הרופא יכבד זכויות אלו ויפעל יחד עם המטופל על פיהן. האם דומה מצב האסירים או העצירים למצב החולה המסרב לטיפול? האם מתקיים כאן קשר רופא-חולה?

אסיר השובת רעב אינו חולה. הוא אדם אשר בחר להביע מחאתו, עמדתו, להשיג הישגים אישיים, פוליטיים, או אחרים, על ידי שביתת רעב. שביתת הרעב יכולה לסכן את חייו ואף להוביל למותו, אך זהו כלי המחאה האישי היחיד שנוטר בידי אסיר. אסיר בדרך כלל לא מבקש במצב כזה שרופא יאכיל אותו, ובוודאי לא בכוח.

לא מדובר במתן טיפול לחולי, מדובר בצורך בסיסי לחיים – שתיה ואוכל – אשר החליט האסיר למנוע מעצמו. יש תסכול עצום בצפייה מהצד באדם העושה פעולה אשר יכולה להיחשב התאבדות, מבלי לעצור אותה. קדושת החיים היא ערך עליון, האם ערך זה גובר על כבוד האדם וזכותו על גופו וחייו?

רוב הרופאים מתקשים מאד מול מצבים כאלו. חונכנו להציל חיים, לעשות טוב ולא להזיק. לראות אסיר שובת רעב בהשגחתך זהו סבל לרופא. מדיר שינה מעיניו. מה לעשות עם אסיר?

בקוד האתי של הרופאים בישראל (הר"י) משנת 2009 נכתב:

ה. איסור האכלת אסיר שובת רעב -

1. הרופא יסביר לאסיר, שובת הרעב, את דבר הסכנה הממשית לחייו אם ימשיך

בשביתה זו.

2. הרופא לא יפעיל לחץ בלתי ראוי על אסיר, שובת הרעב, על מנת להניא אותו

מהחלטתו. הרופא יוודא מדי יום כיצד רוצה אסיר, שובת הרעב, כי יטפלו בו אם יאבד את הכרתו. הדבר יתועד ברשומה רפואית אשר תשמר בסודיות.

3. הרופא יחליט כמיטב הכרתו ומצפונו הרפואי כיצד להמשיך ולטפל באסיר שובת הרעב, לאחר שאיבד את הכרתו, מתוך שמירה על רצונו של האסיר שובת הרעב כפי שזה הביע אותו בפניו, במהלך שביתת הרעב.

4. הרופא לא ישתתף בהאכלה בכוח של אסיר, שובת רעב.

הקשר רופא חולה הוא קשר של אמון. אדם הנזקק לטיפול רפואי צריך לדעת כי בתוך הקשר רופא מטופל, המטופל מוגן, הרופא יפעל לטובתו, ללא הפליה. החובה בתפיסת העולם של הרופאים היא גלובלית ונקבעה ע"י ההסתדרות הרפואית העולמית ללא קשר לגיאוגרפיה, אמונות שונות או השתייכות לצדדים ניצים כמו למשל במלחמה.

אסירים הצמים במחאה כנגד הרשויות או כדי לדרוש מהן משהו נמצאים בסיטואציה כפויה שאין בה מקום רב למחאה. רוב בתי הכלא מאפשרים מרחב קטן בלבד לתלונות או התנגדות, כך שצום נתפס כצורת המחאה היחידה הפתוחה בפני האסירים. דבר זה נכון במיוחד עבור אסירים פוליטיים. שביתת רעב נחשבת כצורת מחאה לא אלימה. האיום באלימות מכוון כנגד השובת עצמו, ולא ישירות כנגד הרשויות. בהיסטוריה הבריטית למשל שבתו הסופרג'יסטיות שביתת רעב, להשגת שוויון זכויות לנשים. גאנדי שבת רעב בהודו זכה להערכה רבה, האירים ב־1980 שבתו רעב עד מוות.



האכלה כפויה של סופרג'יסטיות
בכלא בריטי, 1911

על הרופאים חלה חובה אתית לכבד את שובתי הרעב.

ההסתדרות הרפואית העולמית (World Medical Association – WMA) פרסמה שתי הצהרות העוסקות בהזנה בכפייה ובשביתות רעב.

הצהרת טוקיו משנת 1975 מכריזה שרופאים לעולם לא יתעלמו או ישתתפו במעשי עינויים. היא קובעת בבירור שאסירים השובתים רעב לא יוזנו בכוח כדי שאפשר יהיה להמשיך לענותם. זו משמעות סעיף 5 של ההצהרה.

הצהרת מלטה משנת 1991 (מצורפת בהמשך) עוסקת באופן מיוחד בשביתות רעב ומעניקה מרחב פעולה מסוים לרופא המטפל, שלו יש את המלה האחרונה בהחלטה מה טוב ביותר למטופל, וזאת לאחר שלקח בחשבון את כל הגורמים. הזנה בכפייה אינה באה בחשבון – הרופא יכול להחליט לכל היותר, על פי הצהרת מלטה, לבצע הזנה מלאכותית בשבות רעב שאינו מסוגל עוד למחשבה הגיונית עקב הצום הממושך, כדי להעניק לו הזדמנות שנייה.

חובותיו האתיות והרפואיות של הרופא המטפל בשובתי רעב מתמקדות במתן ייעוץ מהימן ומקצועי לשובתי הרעב. הייעוץ הרפואי מהווה לעתים קרובות גורם מכריע בקביעת משך הזמן של שביתת רעב. הרופאים המטפלים צריכים להזהיר אסירים ועצירים הסובלים ממחלות או בעיות רפואיות היכולות להחמיר בעקבות צום ממושך, לא לפתוח בשביתת רעב – או לפחות לא בשביתת רעב מוחלטת.

אנשים הסובלים מבעיות רפואיות כגון סכרת, דלקת הקיבה, כיב קיבה או כיב של התריסריון, מחלות מטבוליות ובעיות רפואיות צריכים להימנע מצום מוחלט. על הרופא לבצע הערכה לגבי כל שובת רעב ולספר בזמן לאסיר על הסיכונים הקיימים עבורו בשביתת רעב, כדי שיוכל לקבל החלטה על-סמך כל הנתונים.

רופאים העובדים בכלא מגלים כי לעתים קרובות אין האסירים מאמינים להם, גם כאשר הם מנסים לתת ייעוץ אובייקטיבי. ניתן להבין את האסירים שאינם בוטחים לפעמים ברופאים, אותם הם רואים כחלק משלטונות הכלא, תהיה עצתם הרפואית אשר תהיה. לרופאים יש לעתים קושי לשכנע אסירים השובתים רעב שהם פועלים לטובתם, לכן יש מקום להבאתו של רופא חיצוני, לא רק לשם ייעוץ רפואי, אלא גם כמתווך נייטרלי במגע עם הרשויות. רופא זה יוכל למלא תפקיד חיוני רק אם יזכה לאמונם של האסירים הצמים, ואם לא יכיר אמון זה, הנובע למעשה מיחסי רופא-חולה.

במקרים מסוימים, אשפוזו של שובת רעב בבית חולים לצורך ביצוע בדיקות נוספות יכול לשרת מטרה הומניטארית, ולאפשר בכך לאסיר לחזור לאכול בהוראתו של הרופא. האסירים, מצדם, יבטחו ברופא רק אם ישוכנעו שהסודיות הרפואית תישמר.

שובת הרעב מועבר לבית החולים לאחר 24-28 ימים לשביתת הרעב.

הרופא המטפל בשובת הרעב צריך לוודא כי האסיר מודע לחלוטין לכל התוצאות של צום

ממושך. על הרופא לבקש משובת הרעב להבהיר לגמרי מה הוא מצפה מהרופא כאשר הצום יערפל את מוחו ותקשורת כלשהי עימו לא תהיה אפשרית.

על הרופא לדון עם האסיר בנושאים החשובים של הזנה מלאכותית והחייאה, לפני שכל תקשורת משמעותית אתו תהיה בלתי אפשרית. הרופא חייב לדעת בבהירות איזו גישה לאמץ, ולהבהיר אותה לשובת הרעב, כדי שיוכלו להגיע להחלטה משותפת. אם מסיבות אישיות הרופא לא מסוגל לקבל את ההחלטה שהתקבלה, עליו לוותר על מקומו כדי שרופא אחר יוכל למלא אחר החלטתו של האסיר.

גם אם הרופא הסכים להימנע מטיפול, במצבים מיוחדים יכול הרופא להחליט בכל זאת להחיות את האסיר הגווע, אם המצב החיצוני משתנה – כלומר, אם נופלת למשל החלטה פוליטית לאחר שהמטופל איבד את הכרתו. תיתכנה גם נסיבות אחרות לכך, **ובכל מקרה של חוסר וודאות יש לפעול לטובת המטופל**. עם זאת, אם לאחר ההחייאה עומד שובת הרעב על דרישתו לאי־התערבות, על הרופא להימנע מטיפול ולאפשר לו למות מוות של כבוד, ולא להיות נתון להחייאות חוזרות בכפייה. לרופאים אסור לקחת חלק באמצעי כפייה כאלה, היכולים להפוך ליחס אכזרי, בלתי אנושי ומשפיל.

ברוב רובן של שביטות הרעב, האסירים אינם רוצים למות. לסרבני אכילה אין מעצם ההגדרה כוונה להרעיב עצמם למוות, והם סומכים על הטיפול הרפואי שימנע מהם להזיק לעצמם. רוב שובתי הרעב מעדיפים למצוא דרך כדי לפתור את העימות, ולעתים קרובות יפסיקו את שביטתם אם יזכו לווייתורים כלשהם מצד הרשויות.

במקרה של שובתי הרעב הנחושים ביותר, בין אם הם נמצאים בצום מוחלט או לא, המסרבים לכל טיפול ומכריזים באופן ברור על נכונותם לשאת בתוצאות הקשות ביותר של מחאתם. נראה כי הגישה האתית ההגיונית ביותר היא למלא אחר ההנחיות הבינלאומיות ולוותר על ניסיונות לשכנעם.

תפקידו של רופא בזמן שביטת רעב הוא לעתים קרובות דו־ערכי. מצד אחד, סרבני אכילה שאין להם שום כוונה לפגוע בעצמם רואים אולי את הרופא כמצילם, בכך שהוא מספק להם הזנה מלאכותית בטרם אונה להם כל רע. מצד שני, אסירים פוליטיים יכולים לראות ברופא מענה בחלוק לבן, המאשר ומבצע הזנה בכפייה תחת הנחיותיהן של הרשויות ובוגד בכך בתפקידו כרופא.

רופאים מחוץ למערכת וההסתדרות הרפואית צריכים לתמוך ברופאים העובדים בסיטואציות של נאמנויות סותרות (למשל בצבא, בכלא, במשטרה...). האתיקה הרפואית חלה על מקצוע הרפואה בכללותו, אין מקום בסיטואציות כאלה לאתיקה פרטית של הרופא. רופאים אלה צריכים להיות מסוגלים לעתור לסמכות רפואית גבוהה יותר אם ההוראות שהם מקבלים ממעסיקיהם נוגדות את העקרונות הבסיסיים של האתיקה הרפואית. לעזרתם עומדות גם ההסתדרות הרפואית העולמית והצלב האדום.

כאמור, רופאים המטפלים באסירים נחושים השובתים שביתת רעב סופנית יכולים למצוא עצמם בקונפליקט בלתי אפשרי. **אוטונומיה מול קדושת החיים.**

קדושת החיים ← → **אוטונומיה**

איך יכול רופא למלא את חובתו לשמור על החיים, לשמר את כבוד האדם ולכבד את האוטונומיה של האדם על גופו?

אסירים מסוימים יכולים לסרב בתוקף לכל טיפול רפואי – ואף לכל דיאלוג – בשאיפתם להשיג את מטרותם. יש לכבד את זכותו של כל אסיר להחליט אם הוא מעוניין בהתערבות רפואית, ההחלטה הרפואית מה לעשות, תעשה לטובתו של המטופל, ולמענה בלבד. המשמעות היא שיתכן שיהיה צורך לאפשר לשובת הרעב למות – או להחיות אותו אם הרופא מאמין באמת ובתמים שהאסיר רוצה לחיות.

הלשכה לאתיקה של הר"י כתבה בשנת 2005 את דף העמדה, אשר קיבל את תמיכת הר"י ומתבסס על הצהרת מדריד. דף עמדה זה זכה לאישורים חוזר בשני דיונים נוספים בלשכה לאתיקה של הר"י (האחרון ב־2013). מילות נייר העמדה:

1. שובת רעב הוא אדם כשיר אשר הביע את רצונו שלא לקבל מזון ו/או נוזלים לתקופה בלתי מוגבלת מתוך ידיעה כי הדבר עלול לעלות לו בחייו.
2. על הרופא לקבל מידע רפואי מלא על שובת הרעב ולערוך לו בדיקה רפואית מלאה בתחילת שביתת הרעב.
3. על הרופא להסביר לשובת הרעב את הסיכונים הכרוכים בשביתה כזו, לרבות החשש כי השביתה עלולה לעלות לו בחייו.
4. על הרופא להודיע לשובת אם יהיה מוכן לקבל את בקשתו לסרב לכל מזון ו/או נוזלים לרבות הזנה מלאכותית אם ישקע למצב של חוסר הכרה.
5. אסור לרופא להפעיל לחץ מכל סוג שהוא במטרה להניא את שובת הרעב מהמשך שביתתו.
6. רופא לא ישתתף בהאכלה בכוח של שובת רעב.
7. רשאי שובת הרעב לקבל "דעה רפואית שנייה" ורשאי השובת לבקש כי הרופא השני יהיה זה שיטפל בו. אם שובת הרעב הוא אסיר יתואם עניין זה עם רופא בית הכלא.
8. רשאי הרופא להציע לשובת הרעב כי ימשיך טיפול בתרופות, אם קיבל השובת כאלו טרם החל בשביתתו, וכי יסכים לקבל נוזלים במרוצת שביתת הרעב.
9. רשאי הרופא לדרוש, במקרים של לחץ סביבתי, לבודד את שובת הרעב מחבריו – השובתים האחרים.

-
10. על הרופא לוודא מדי יום כי השובת מוכן ורוצה להמשיך בשביתתו וכי החלטה זו התקבלה מתוך רצון חופשי ובהיעדר לחץ חיצוני כלשהו.
11. על הרופא לוודא מדי יום כיצד רוצה שובת הרעב כי יטפלו בו אם יאבד את הכרתו. הרופא יתעד מידע זה ברשומותיו, ואלה תישמרנה חסויות.
12. היה ואיבד שובת הרעב את הכרתו ואינו יכול עוד להביע את רצונו – חופשי הרופא להחליט על פי מיטב הכרתו ומצפונו כיצד להמשיך ולטפל בשובת מתוך שמירה מירבית של עמדותיו ורצונו של השובת כפי שהביע אותן בפניו במהלך השביתה.
13. על הרופא להודיע למשפחתו של שובת הרעב על עצם השביתה אלא אם כן נאסר הדבר במפורש על ידי השובת עצמו.

הצהרת מלטה

WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers

Adopted by the 43rd World Medical Assembly, St. Julians, Malta, November 1991 and editorially revised by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and revised by the 57th WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006

PREAMBLE

1. Hunger strikes occur in various contexts but they mainly give rise to dilemmas in settings where people are detained (prisons, jails and immigration detention centres). They are often a form of protest by people who lack other ways of making their demands known. In refusing nutrition for a significant period, they usually hope to obtain certain goals by inflicting negative publicity on the authorities. Short-term or feigned food refusals rarely raise ethical problems. Genuine and prolonged fasting risks death or permanent damage for hunger strikers and can create a conflict of values for physicians. Hunger strikers usually do not wish to die but some may be prepared to do so to achieve their aims. Physicians need to ascertain the individual's true intention, especially in collective strikes or situations where peer pressure may be a factor. An ethical dilemma arises when hunger strikers who have apparently issued clear instructions not to be resuscitated reach a stage of cognitive impairment. The principle of beneficence urges physicians to resuscitate them but respect for individual autonomy restrains physicians from intervening when a valid and informed refusal has been made. An added difficulty arises in custodial settings because it is not always clear whether the hunger striker's advance instructions were made voluntarily and with appropriate information about the consequences. These guidelines and the background paper address such difficult situations.

PRINCIPLES

1. Duty to act ethically. All physicians are bound by medical ethics in their professional contact with vulnerable people, even when not providing therapy. Whatever their role, physicians must try to prevent coercion or maltreatment of detainees and must protest if it occurs.

-
2. Respect for autonomy. Physicians should respect individuals' autonomy. This can involve difficult assessments as hunger strikers' true wishes may not be as clear as they appear. Any decisions lack moral force if made involuntarily by use of threats, peer pressure or coercion. Hunger strikers should not be forcibly given treatment they refuse. Forced feeding contrary to an informed and voluntary refusal is unjustifiable. Artificial feeding with the hunger striker's explicit or implied consent is ethically acceptable.
 3. 'Benefit' and 'harm'. Physicians must exercise their skills and knowledge to benefit those they treat. This is the concept of 'beneficence', which is complemented by that of 'non-maleficence' or primum non nocere. These two concepts need to be in balance. 'Benefit' includes respecting individuals' wishes as well as promoting their welfare. Avoiding 'harm' means not only minimising damage to health but also not forcing treatment upon competent people nor coercing them to stop fasting. Beneficence does not necessarily involve prolonging life at all costs, irrespective of other values.
 4. Balancing dual loyalties. Physicians attending hunger strikers can experience a conflict between their loyalty to the employing authority (such as prison management) and their loyalty to patients. Physicians with dual loyalties are bound by the same ethical principles as other physicians, that is to say that their primary obligation is to the individual patient.
 5. Clinical independence. Physicians must remain objective in their assessments and not allow third parties to influence their medical judgement. They must not allow themselves to be pressured to breach ethical principles, such as intervening medically for non-clinical reasons.
 6. Confidentiality. The duty of confidentiality is important in building trust but it is not absolute. It can be overridden if non-disclosure seriously harms others. As with other patients, hunger strikers' confidentiality should be respected unless they agree to disclosure or unless information sharing is necessary to prevent serious harm. If individuals agree, their relatives and legal advisers should be kept informed of the situation.
 7. Gaining trust. Fostering trust between physicians and hunger strikers is often the key to achieving a resolution that both respects the rights of the hunger strikers and minimises harm to them. Gaining trust can create opportunities to resolve difficult situations. Trust is dependent upon physicians providing accurate advice

and being frank with hunger strikers about the limitations of what they can and cannot do, including where they cannot guarantee confidentiality.

GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF HUNGER STRIKERS

1. Physicians must assess individuals' mental capacity. This involves verifying that an individual intending to fast does not have a mental impairment that would seriously undermine the person's ability to make health care decisions. Individuals with seriously impaired mental capacity cannot be considered to be hunger strikers. They need to be given treatment for their mental health problems rather than allowed to fast in a manner that risks their health.
2. As early as possible, physicians should acquire a detailed and accurate medical history of the person who is intending to fast. The medical implications of any existing conditions should be explained to the individual. Physicians should verify that hunger strikers understand the potential health consequences of fasting and forewarn them in plain language of the disadvantages. Physicians should also explain how damage to health can be minimised or delayed by, for example, increasing fluid intake. Since the person's decisions regarding a hunger strike can be momentous, ensuring full patient understanding of the medical consequences of fasting is critical. Consistent with best practices for informed consent in health care, the physician should ensure that the patient understands the information conveyed by asking the patient to repeat back what they understand.
3. A thorough examination of the hunger striker should be made at the start of the fast. Management of future symptoms, including those unconnected to the fast, should be discussed with hunger strikers. Also, the person's values and wishes regarding medical treatment in the event of a prolonged fast should be noted.
4. Sometimes hunger strikers accept an intravenous saline solution transfusion or other forms of medical treatment. A refusal to accept certain interventions must not prejudice any other aspect of the medical care, such as treatment of infections or of pain.
5. Physicians should talk to hunger strikers in privacy and out of earshot of all other people, including other detainees. Clear communication is essential and, where necessary, interpreters unconnected to the detaining authorities should be available and they too must respect confidentiality.

-
6. Physicians need to satisfy themselves that food or treatment refusal is the individual's voluntary choice. Hunger strikers should be protected from coercion. Physicians can often help to achieve this and should be aware that coercion may come from the peer group, the authorities or others, such as family members. Physicians or other health care personnel may not apply undue pressure of any sort on the hunger striker to suspend the strike. Treatment or care of the hunger striker must not be conditional upon suspension of the hunger strike.
 7. If a physician is unable for reasons of conscience to abide by a hunger striker's refusal of treatment or artificial feeding, the physician should make this clear at the outset and refer the hunger striker to another physician who is willing to abide by the hunger striker's refusal.
 8. Continuing communication between physician and hunger strikers is critical. Physicians should ascertain on a daily basis whether individuals wish to continue a hunger strike and what they want to be done when they are no longer able to communicate meaningfully. These findings must be appropriately recorded.
 9. When a physician takes over the case, the hunger striker may have already lost mental capacity so that there is no opportunity to discuss the individual's wishes regarding medical intervention to preserve life. Consideration needs to be given to any advance instructions made by the hunger striker. Advance refusals of treatment demand respect if they reflect the voluntary wish of the individual when competent. In custodial settings, the possibility of advance instructions having been made under pressure needs to be considered. Where physicians have serious doubts about the individual's intention, any instructions must be treated with great caution. If well informed and voluntarily made, however, advance instructions can only generally be overridden if they become invalid because the situation in which the decision was made has changed radically since the individual lost competence.
 10. If no discussion with the individual is possible and no advance instructions exist, physicians have to act in what they judge to be the person's best interests. This means considering the hunger strikers' previously expressed wishes, their personal and cultural values as well as their physical health. In the absence of any evidence of hunger strikers' former wishes, physicians should decide whether or not to provide feeding, without interference from third parties.
 11. Physicians may consider it justifiable to go against advance instructions refusing treatment because, for example, the refusal is thought to have been made

under duress. If, after resuscitation and having regained their mental faculties, hunger strikers continue to reiterate their intention to fast, that decision should be respected. It is ethical to allow a determined hunger striker to die in dignity rather than submit that person to repeated interventions against his or her will.

12. Artificial feeding can be ethically appropriate if competent hunger strikers agree to it. It can also be acceptable if incompetent individuals have left no unpressured advance instructions refusing it.
13. Forcible feeding is never ethically acceptable. Even if intended to benefit, feeding accompanied by threats, coercion, force or use of physical restraints is a form of inhuman and degrading treatment. Equally unacceptable is the forced feeding of some detainees in order to intimidate or coerce other hunger strikers to stop fasting.

הצעה למודל: טיפול בשובתי רעב

ד"ר נמרוד עדי - טיפול נמרץ כללי, מרכז רפואי קפלן
(שותפים להכנה - ד"ר דקל סתוי וד"ר גליה קרפ)

עקרונות יצירת המסמך

1. קיום ארבעת עקרונות האתיקה הרפואית
2. הגדרת מטרות טיפול משותפות
3. יצירת חוזה אישי בתחילת הטיפול
4. קיום עקרונות הטיפול על-ידי:
 - הגדרת סוג המטופל
 - הגדרת חומרת ה-Stress
 - הכרת ה-Disease Trajectory

סעיף ראשון: ארבעת עקרונות האתיקה בנושא (הבסיס לנייר העמדה של הר"י והצהרת מלטה)

- **Patient Autonomy** - המטופל/עציר - קובע מה נכון עבורו לאחר שקיבל הסבר מפורט על מצבו, הסיכונים הכרוכים ואפשרויות הטיפול
- **Beneficence** - כל פעולה רפואית תהיה לטובת החולה על פי השקפת עולמו
- **Non Malficience** - לא תבוצענה פעולות רפואיות שיכולות להסב נזק לחולה (על-פי השקפתו), כלומר לא תהיה הזנה בכפייה.
- **Resource Allocation (justice)** - חלוקת משאבים צודקת, כלומר לא להעמיס על בתי החולים עומס, העשוי לפגוע או לשתק את פעילות המחלקות.

סעיף שני: הגדרת מטרות טיפול משותפות - Shared Decision Making

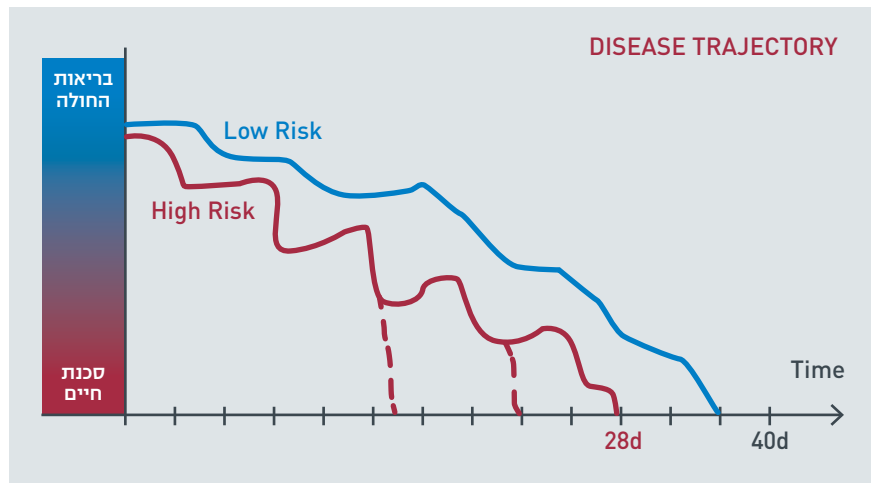
1. לאפשר לעצורים לשבות רעב
2. מניעת נזק בלתי הפיך (איבר/מערכת) או מוות בקרב השובתים (אינטרס משותף)
3. כדי לממש את מטרות הטיפול המשותפות יש לבצע לפרקים מעקב רפואי, בדיקת רופא ובדיקות מעבדה בנקודות צומת קריטיות

סעיף שלישי: יצירת חוזה משותף בתחילת שביתה הרעב

1. זכות שובתני הרעב לשבות ללא הזנה בכפייה. רצוי להגיע להבנה והסכמה על שביתה חלקית.
2. ברגע שתהיה סכנה להיווצרות נזק בלתי הפיך או סכנת מוות, תבוצע התערבות רפואית ממוקדת, שמטרתה מניעה וטיפול בסכנה.

סעיף רביעי: מימוש וקיום כל עקרונות הטיפול

1. הגדרת הסיכון לחולה – על-פי הרזרבה האיברית והמטבולית. חלוקת החולים לפי דרגת סיכון לנזק או מוות – Low, Moderate, High Risk.
2. הגדרת עוצמת ה-Stress – על-פי:
 - שביתה מלאה
 - שביתה חלקית
3. הכרת Disease Trajectory – לזהות במהלך המחלה (שביתה) נקודות זמן שבהן השובתים בסכנה, בנוסף לבדיקות השגרה, סימנים וסימפטומים.



סכנת חיים

סכנה חמורה – מצב בו:

- נשקפת סכנה לחייו של המטופל אם לא יקבל טיפול רפואי
- נשקפת סכנה שתיגרם למטופל נכות חמורה בלתי הפיכה אם לא יקבל טיפול רפואי
- ביחס לשובת רעב, לאחר 4 שבועות של שביתת רעב, חזקה על שובת הרעב שהוא עונה להגדרת "סכנה חמורה", ויש להניח כי מצבו הרפואי עלול להידרדר במהירות וללא סימנים מוקדמים.

(מתוך נייר עמדה הר"י בנושא האכלת שובתי רעב משנת 2005:
(CCHCS Mass Hunger Strike, Fasting, & Refeeding Care Guide

שיחת רופא עם האסיר בבית הסהר

בדיקת האסיר, במסגרת בית הסהר, תיערך כמה שיותר קרוב לרגע התחלת שביתת הרעב.

שלב I – יש לוודא כי האסיר עומד בהגדרות של שובת רעב (Hunger Strike):

1. הפסד מכוון של מעל 9 ארוחות
2. אסיר אשר הינו כשיר מנטאלית ומבין את תוצאות מעשיו – על האסיר להבין כי שביתת הרעב עלולה להביא לנזק בלתי הפיך לגופו ואף למוות.
3. על האסיר לא מופעלים לחצים כלשהם לבצע את שביתת הרעב (פיזיים או נפשיים).

שלב II –

- אנמנזה
- בדיקה פיזיקלית
- זיהוי מצבים רפואיים אשר מעמידים את החולה בסכנה לסיבוכים משמעותיים (High Risk Group).
- הסבר הסכנות והסיבוכים הצפויים משביתת רעב, עד כדי סכנת חיים. הבהרת אלטרנטיבה של תוספות חיוניות.
- הגדרה של החולה באיזה סוג שביתת רעב הוא נכלל: שביתה מלאה, שביתה חלקית הכוללת נזלים עם גלוקוז, מלחים וויטמינים (כולל תיאמין).

שלב III – יצירת חוזה:

- הנחת המוצא היא כי האסיר מעוניין לחיות.
- מטרתנו המשותפת – העדר פגיעה בלתי הפיכה באיבר חיוני. הימנעות ממצבים מסכני חיים.
- יש לנסות להגיע לסיכום כי במצב מסכן חיים, תבוצענה התערבויות מצילות חיים, על פי שיקול דעת הצוות הרפואי. לאחר יציאה ממצב החרום, שובת הרעב יכול לחזור לשביתתו.

טיפול בבית הסהר

- מאחר ואנו מעוניינים להימנע ממצבים של פגיעה בלתי הפיכה באיברים או ממצב של סכנת החיים – חובה על המערכת לאפשר לאסירים הבוחרים בשבייתה חלקית לצרוך נוזלים עם סוכר. צריכה יומית מינימאלית: 200–100 גרם ליממה.
- חולים ללא מחלות רקע, אשר צורכים נוזלים ותוספות חיוניות (גלוקוז, מלחים, ויטמינים כולל תיאמין) מוגדרים כ־Low Risk Group.

High Risk Group – המצבים הרפואיים אשר מעמידים את החולה בסכנה לסיבוכים משמעותיים

- לב – מחלת לב איסכמית, אי ספיקת לב
- ריאה – מחלות ריאה כרוניות מתקדמות
- כליה – אי ספיקה כלייתית המצריכה דיאליזה או פרה-דיאליזה (קראטינין מעל 2.5)
- כבד – אי ספיקה כבדית
- מטבולי – סכרת, תת תזונה ($BMI < 20$ בתחילת הצום)
- נוירולוגיה – מחלות עצב שריר
- מצב תפקודי ירוד
- מחלה גידולית
- גיל < 60
- חולה המסרב לקבל תוספת נוזלים, מלחים, גלוקוז, ויטמינים
- מחלה זיהומית חריפה

הערכת האסיר האסימפטומתי עד יום 28

- Low Risk – האסיר יעבור בדיקה רפואית על בסיס שבועי עד היום ה־14. מעבר ליום ה־14, האסיר ייבדק אחת ל־3 ימים עד היום ה־28.
- High Risk – האסיר יעבור בדיקה רפואית מדי 3 ימים עד היום ה־14. מעבר ליום ה־14, האסיר ייבדק אחת ליומיים.

הערכת האסיר הסימפטומתי

כל סימפטום אשר מהווה עדות לסכנה לאיבר או סכנה לחיים, מחייב הפנייה לבית החולים וטיפול.
מרגע זה החולה נכנס להגדרה של High Risk Group

חולים בקבוצת סיכון גבוה

- לאחר 28 יום – תערך ביקורת בבית החולים הכוללת אנמנזה, בדיקה פיזיקלית
- בדיקות דם – קראטינין, גלוקוז, P, K, Mg, Na, אלבומין (במידת האפשר פרה־אלבומין), תפקודי כבד וקרישה
- אק"ג
- לשקול יכולת החולה לקבלת החלטות (צורך בהערכה פסיכיאטרית)
- החולה ישהה בבית החולים להשגחה מהיום ה־28.
- בחולים ללא מחלות רקע אשר בחרו שלא לקבל תוספות, במידה והערכת הרופא במיון תקינה החולה ישוב לבדיקה במיון אחת ל־3 ימים.
- רצוי לקבוע נהלי טיפול מערכתיים אחידים, להשגחה ולטיפול במסגרת האשפוז.

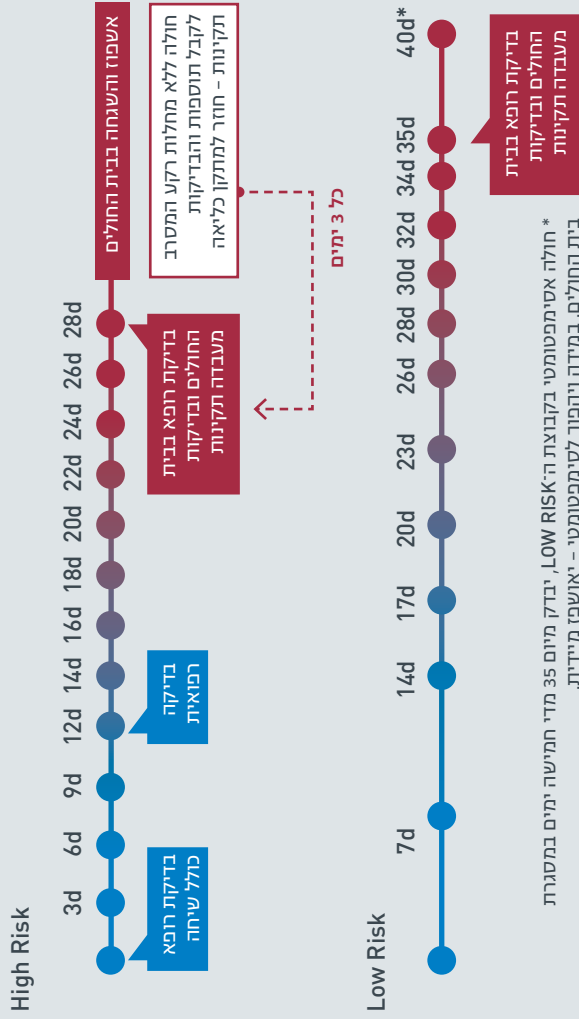
חולים בקבוצת סיכון נמוך

- לאחר 35 יום – תיערך ביקורת בבית החולים הכוללת אנמנזה, בדיקה פיזיקלית
- בדיקות דם – קראטינין, גלוקוז, P, K, Mg, Na, אלבומין (במידת האפשר פרה־אלבומין), תפקודי כבד וקרישה
- אק"ג
- לשקול יכולת החולה לקבלת החלטות (צורך בהערכה פסיכיאטרית)
- במידה והבדיקה הרפואית תקינה ובדיקות העזר תקינות, והחולה אכן אסימפטומטי – דרושה ביקורת חוזרת (זהה) מדי 5 ימים.
- במידה וחולה סימפטומטי, יש לאשפזו בבית החולים באופן מיידי.

Resuscitation Bundle

- במצב של פגיעה באיבר או סכנת חיים, עם הגעת האסיר לבית החולים, טיפול על־פי עקרונות ה־ABCD:
- א. הערכת מצב הכרה
 - ב. ייצוב המודינמי ונשימתי
 - ג. הערכה מעבדתית ובדיקות עזר
 - ד. ייצוב מטבולי – התחלת כלכלה
- יש להתייחס לכל חולה בצום ממושך כבר סיכון לפתח Refeeding Syndrome. התחלת כלכלה בהתאם, מלווה בתוספות ויטמינים.

הערכת האסיר האסימטרומותי



לסיכום

תמונת המצב המצטיירת היא של מציאות מורכבת ואתגר רפואי לא פשוט עבור הרופאים המטפלים.

הצעת החוק שעברה בקריאה ראשונה בתחילת חודש יוני 2014 ואשר מאפשרת קבלת היתר משפטי למתן טיפול רפואי ו/או הזנה בניגוד לרצונו של שובת רעב, למעשה מטילה אחריות על הרופאים לפעולה שנעשית חרף התנגדותו האקטיבית של האסיר. שינוי זה בהצעה עומד בסתירה ובניגוד לכללי האתיקה הרפואית המקובלים הן בישראל והן בעולם כולו, והופך את המציאות לאף מורכבת יותר.

נוסף על מדריך זה, בימים אלה החלה הר"י להפעיל מוקד טלפוני אשר פעיל 24 שעות ביממה לשם סיוע ותמיכה שיינתנו לרופאים ע"י ד"ר תמי קרני, יו"ר הלשכה לאתיקה בהר"י וד"ר ליאוניד אידלמן, יו"ר הר"י, זאת לצד הגורמים המקצועיים בהר"י.

מספרו של המוקד הטלפוני: 077-8994339



אנו נמשיך לעדכן בנושא מעת לעת באתר האינטרנט של הר"י.

מוקד טלפוני 24 שעות: 077-8994339 

ליצירת קשר עם הר"י: קבלה/מרכזיה 03-6100444

שעות פעילות א'-ה' 07:30-20:00, ו' 08:00-13:00

