

תת ועדה בנושא סוף החיים

חברי הוועדה:

ד"ר יהורם זינגר
ד"ר אסתר-לי מרקוס
פרופ' מייק קואסטל
השופט בדימוס יוסי רבי

ד"ר צבי אמינוף
פרופ' אלן ג'וטקוביץ
פרופ' שמעון גליק
פרופ' צבי דוולצקי

שרה כרמל - יו"ר
גב' שרה פולק - מזכירה

המלצות הוועדה

העקרונות המנחים:

- קדושת החיים
- מניעת סבל
- כיבוד האוטונומיה של החולה

1. הגדרת מצב סופני של חולה דמנציה

מומלץ להתייחס למצב סופני של חולה הסובל מדמנציה כמצב שבו החולה מגיע לשלב המוגדר כ"קשה מאוד" (החל משלב 7c) לפי הדירוג של Reisberg לשלבים בהתפתחות מחלת אלצהיימר.

דירוג ההמלצה: B1

תפקוד	שלב
ללא תסמינים	1
תלונות על שכחה של מיקום חפצים, תלונה סובייקטיבית על קושי במציאת מילים	2
קשיים בעבודה, ירידה ביכולת ארגון	3
ירידה ביכולת ביצוע מטלות מורכבות	4
עזרה בבחירת בגדים בהתאם לעונה ולסיטואציה	5
פגיעה בתפקודים יום יומיים, חוסר שליטה על סוגרים	6 a-e
אוצר מילים בשיחה כ- 6 מילים או פחות	7a
אוצר מילים של מילה אחת בשיחה	b
אובדן יכולת ניידות	c
אי מסוגלות לשבת ללא עזרה	d
אי מסוגלות לחייך	e
אי מסוגלות להרים את הראש ללא עזרה	f

שלב
סופני

2. הערכת סבל

- יש להתייחס בהקפדה לסבלו של החולה על ידי הערכה שוטפת ומתן טיפול מתאים
- יש להכליל את רמת הסבל, שאינו ניתן לשליטה, כגורם חשוב בהגדרת המצב הסופני של אדם הסובל מדמנציה
- חשוב להשתמש באחד מכלי ההערכה הקיימים כמו ה-MSSE שפותח בארץ (Aminoff et al., 2004)

דירוג ההמלצה: B1

3. הזנה מלאכותית



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

[HOME](#) | [SEARCH](#) | [CURRENT ISSUE](#) | [PAST ISSUES](#) | [COLLECTIONS](#) | [HELP](#)

You are signed in as elmmarcus at Subscriber level | [Sign Out](#) | [Edit Your Information](#) | [CiteTrack Personal Alerts](#) | [Personal Archive](#)

SOUNDING BOARD

[◀ Previous](#)

Volume 342:206-210

January 20, 2000

Number 3

[Next ▶](#)

Rethinking the Role of Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia

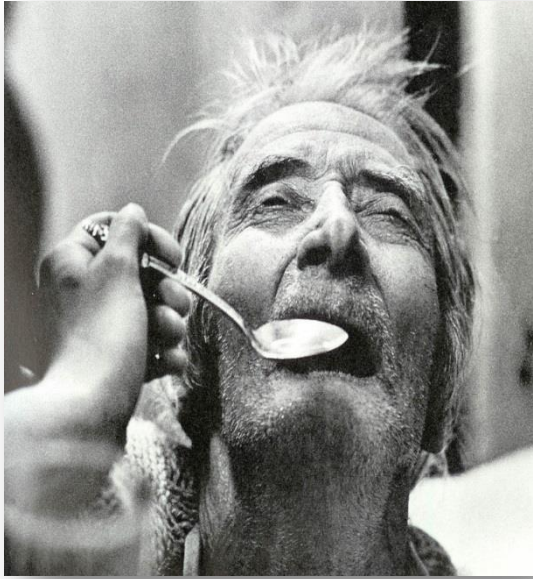




✓ משמעות רגשית,
תרבותית ודתית של
אוכל
✓ בלי מזון אין חיים
✓ בני משפחה
ומטפלים נוטים שלא
למנוע הזנה

✓ הזנה מלאכותית
בשלים מתקדמים
של דמנציה לא
הוכחה כמשפרת
תוחלת חיים או
איכות חיים
✓ הארכת סבל

3. הזנה מלאכותית



- יש להעדיף מתן הזנה דרך הפה כל עוד החולה מסוגל לאכול ולהאריך תקופה זו על ידי הכשרת המטפלים

- כאשר החולה אינו מסוגל עוד לאכול, יש להתחיל הזנה באמצעות פיום קיבה בשלבים מוקדמים לפני שהחולה מגיע למצב של תת-תזונה וסיבוכים אחרים

3. הזנה מלאכותית

- אם הגיע החולה למצב הסופני של המחלה, ללא הזנה מלאכותית, על הרופא להתייעץ עם המשפחה ביחס לאפשרות ביצוע פיום קיבה לצורך הזנה ולקבל החלטה משותפת
- אם קיימות הנחיות מקדימות של החולה לגבי הארכת חיים באמצעות הזנה, או אם הוא מיוצג על ידי מיופה כח, יש לפעול על פי הנחיות אלה

דירוג ההמלצה: A-B2



4. תכנון מוקדם והנחיות מקדימות



חשוב לקדם את השימוש בהנחיות מקדימות במספר דרכים:

4.1 הכללה פורמלית של הנושא בתפקידי הצוות הרפואי

- על הרופא לשוחח עם החולה והמשפחה על תכנון הטיפול לטווח הרחוק, זמן קצר לאחר העברת האבחנה של המחלה, כאשר החולה נחשב עדיין לכשיר והרופא יכול להעיד על כך
- על הרופא להציג לחולה ומשפחתו את הדרכים שבהן ניתן לשמר את רצונו של החולה כאשר יגיע למצב שבו לא יהיה עוד כשיר כמו הכנת טופס הנחיות מקדימות, מינוי מיופה כח, העברת הנחיות ברורות לרופאים ולמשפחה

4. תכנון מוקדם והנחיות מקדימות

4.1 הכללה פורמלית של הנושא בתפקידי הצוות הרפואי

- על הרופאים, האחיות ועובדי הרווחה להיות סוכני השינוי. לכן, יש להכשירם כדי שיוכלו לעודד את החולים להכין הנחיות מקדימות ולעזור בהכנתן. זאת, כחלק בלתי נפרד ממחויבויות הטיפול בחולים ובעיקר בחולים קשים וסופניים
- על הצוות הרפואי (רופאים ואחיות) לברר קיומן של הנחיות מקדימות של כל חולה במצב קשה ולפעול על פיהן

4. תכנון מוקדם והנחיות מקדימות

4.2 חינוך הציבור

- יש להשקיע בחינוך הציבור ולהפוך את השימוש בהנחיות מקדימות להתנהגות שבשיגרה לכלל הציבור, כולל אנשים שאינם חולים במחלות סופניות, בדומה להסדרים מקובלים במדינות אחרות
- יש להפיץ ולהנגיש מידע לגבי חשיבות ההנחיות והדרכים למימושן באמצעי התקשורת השונים, כולל האלקטרוניים. החומר קיים באינטרנט וחשוב להתאימו לישראל.

4. תכנון מוקדם והנחיות מקדימות

4.3 הסדרים מוסדיים:

- חשוב להפיץ חוזרים המפרטים מידע וחשיבות ביצוע הנחיות מקדימות במסגרות טיפוליות כמו מרפאות קהילתיות, במוסדות ומועדונים חברתיים של זקנים וחולים במחלות קשות, ולאפשר ביצוען בעזרת צוות רפואי.
- יש לעודד באופן שגרתי מילוי טפסי הנחיות או מינוי מיופה כח בכל כניסה לאשפוז במרכז רפואי או סיעודי או בעת מעבר למגורים בדיור מוגן או בבית אבות.



דירוג ההמלצה: B1

5. מעמד המשפחה בהחלטות לגבי טיפול רפואי

על הרופאים והצוות הרפואי לשתף את המשפחה (או האדם הקרוב ביותר) בטיפול בחולה הדמנציה בכל שלבי המחלה:

- **בשלבים הראשונים של מחלת הדמנציה, יש לעודד את החולה והמשפחה לברר העדפות טיפול בסוף החיים ולהשאיר הנחיות מקדימות, או למנות מיופה כח**
- **בשלב הסופי של המחלה ובהיעדר הנחיות מקדימות, יש לפנות למשפחה כמקור המוסמך ביותר לבירור העדפות הטיפול של החולה ולהתחשב ברצון המשפחה ובעיקר בהבהרותיו של האדם הקרוב ביותר**

5. מעמד המשפחה בהחלטות לגבי טיפול רפואי

- אם נוצר ניגוד בין דעות במשפחה לבין המלצתו של מיופה הכח, יש לקבל את עמדתו של מיופה הכח
- מומלץ לקדם חקיקה שתחייב את המשפחה למנות מיופה כח מטעמה. למקרה שהמשפחה אינה מסוגלת, יש לקבוע קריטריונים ברורים בחוק (לפי מידת קירבה וטיפול) למינוי מיופה כח (על ידי המטפלים הפורמאליים), ללא צורך בהסכמת כל בני המשפחה וללא פניה לבית המשפט.



דירוג ההמלצה: 1 B-C

6. טיפול פליאטיבי לחולי דמנציה

- חשוב לשלב את הטיפול הפליאטיבי בחולי דמנציה. גם כאשר ניתן הטיפול הפליאטיבי, יש להמשיך בטיפולים אחרים כמו: טיפול מעכב התפתחות המחלה, או טיפול קורטיבי למצבים אקוטיים הפוגעים באיכות חיי החולה (כדלקת ריאות המלווה בחום וקוצר נשימה)
- גישה זו מסתמכת על סעיף 3.5 במסמך ה- WHITE European Association for Palliative Care של PAPER (Gamondi et al., 2013), שימור Care – EAPC לפיה, שימור התפקוד, הבטחת נוחות המטופל והפחתת סבלו, עדיפים על פני הארכת חיים

דירוג ההמלצה: A1

7. שיוך לחוק החולה הנוטה למות

- מומלץ להרחיב את חוק החולה הנוטה למות על ידי הוספת התייחסות לחולים הסובלים מדמנציה וחולים במחלות קשות וחשוכות מרפא, שלגביהן לא ניתן כיום להעריך את סופניות המחלה על פי מימד הזמן.

דירוג ההמלצה: 1 B-C

תודה רבה

