



## המלצות מותב הוועדה הארצית לחוק החולה הנוטה למות

### הנושא: PEG לחולה עם קיהיון [דמנציה, שיטיון] שהוא נוטה למות

ביום ז' אב תשע"ו (11.8.16) התקיימה במרכז הרפואי שערי צדק בירושלים ישיבת מותב הוועדה הארצית לדיון בשאלת התקנת PEG לחולה עם קיהיון כשהוא חולה נוטה למות, או כשהוא בשלב סופי.

התקיים דיון על הממצאים שבספרות, ועל גישת חוק החולה הנוטה למות לסוגיה זו.

להלן מסקנות המותב:

**א. הנחות יסוד:**

#### (א) סעיפי חוק החולה הנוטה למות הרלוונטיים לנושא הנידון

1. המנדט של הוועדה הארצית הוא לדון במטופל שהוגדר על פי חוק החולה הנוטה למות כמי שסובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא, ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים (סעיף 8(א) לחוק); או בחולה הנוטה למות בשלב סופי, היינו כשהוא מצוי במצב רפואי שבו כשלו כמה מערכות חיוניות בגופו, ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שבועיים (סעיף 8(ב) לחוק).
- יחד עם זאת הוועדה ערה לכך שהחלטתה לגבי התקנת PEG אצל חולים עם קיהיון הנוטים למות יכולה להשליך על החלטות לגבי חולים כאלה שאינם נוטים למות, והיא משאירה את הדיון הזה פתוח.
2. סעיף 16(ב) לחוק החולה הנוטה למות - המתייחס לחולה הנוטה למות כהגדרתו בחוק, שאינו בעל כשרות, הסובל סבל משמעותי, שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 5(ב) או (ג) כי אינו רוצה שחיייו יוארכו - קובע: (1) בסעיף קטן זה, "טיפול נלווה" הוא טיפול רפואי בחולה הנוטה למות, שאינו קשור כלל לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא, לרבות טיפולים שגרתיים



הנחוצים לטיפול במחלות בו-זמניות, או במחלות רקע וטיפול מקל, **וכן מתן מזון ונוזלים אפילו באמצעים מלאכותיים**. (2) אין להימנע מטיפול נלווה בחולה הנוטה למות כאמור בסעיף קטן (א), והכל אף אם רצונו של החולה כפי שנקבע לפי סעיף 5(ב) או (ג) הוא להימנע מקבלת טיפול כאמור.

3. סעיף 17 לחוק קובע: על אף הוראות סעיף 16(ב), **חולה בשלב סופי** שאינו בעל כשרות, הסובל סבל משמעותי, שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 5(ב) או (ג) כי אינו רוצה שחייו יוארכו, יש להימנע מכל טיפול רפואי בו, לרבות טיפול רפואי נלווה כאמור בסעיף 16(ב)(1), והכל בהתאם לרצונו כפי שנקבע לפי סעיף 5(ב) או (ג); על אף האמור בסעיף זה, **אין להימנע ממתן נוזלים לחולה כאמור, אפילו באמצעים מלאכותיים**, אלא אם כן קבע הרופא האחראי שמתן הנוזלים גורם סבל או נזק לחולה.

#### **(ב) התייחסות לחולה עם קיהיון שהוא נוטה למות בנידון:**

4. קיהיון הינו מחלה קטלנית, שבשלב מסויים החולה מגיע למצב של חולה נוטה למות, ואחר כך למצב של חולה במצב סופי.
5. על פי חוק החולה הנוטה למות חולה עם קיהיון בשלב של חולה הנוטה למות חייב לקבל מזון ונוזלים, אפילו באמצעים מלאכותיים, ככל חולה הנוטה למות; חולה עם קיהיון בשלב סופי חייב לקבל נוזלים (אך לא מזון), אפילו באמצעים מלאכותיים, ככל חולה הנוטה למות בשלב סופי.
6. כל אלה כפופים לשיקולים רפואיים - הן בדרך מתן המזון והנוזלים, הן בכמות ובאיכות המזון והנוזלים, והן בשיקולים הנוגעים לסבל או לנזק לחולה בעצם מתן המזון ו/או הנוזלים, או בדרך המתן.
7. בכל מקרה אין לפרש את החוק במובן שיש חובה אוטומטית לספק מזון ו/או נוזלים באמצעים מלאכותיים, אלא שיש לספק מזון ו/או נוזלים בכל דרך, **אפילו באמצעים מלאכותיים**. כאמור שיטת מתן המזון והנוזלים תלויה במצבו של החולה, ובשיקול הדעת הרפואי.
8. יחד עם זאת, חוק החולה הנוטה למות מקנה זכות לחיים שווה לכל אדם, בין אם הוא כשיר או דמנטי, כאמור בסעיף 2 לחוק: בקביעת הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, מצבו הרפואי, רצונו ומידת סבלו הם השיקולים הבלעדיים.
9. כמו כן העקרון המנחה את החוק הוא שמזון ונוזלים אינם טיפול אלא צורך חיוני לקיום החיים, ולכן יש הבחנה ברורה בין החובה לספק מזון ונוזלים לחולה הנוטה למות, או נוזלים



לחולה בשלב הסופי, לבין טיפולים המיועדים למחלה חשוכת המרפא ממנה סובל החולה. עקרון זה זהה לחולה כשיר ודמנטי.

10. אשר על כן אין החוק מאפשר שיקולים אתיים המעדיפים את מותו של החולה עם קיהיון בגין מצבו הקוגניטיבי כשלעצמו, ו/או שיקולים אתיים המגדירים את איכות חייו של החולה עם קיהיון ככאלה שאינם ראויים עוד לחיים בגין עצם העובדה של היעדר תפקוד קוגניטיבי תקין, ומשכך השיקול הזה פסול בהתווית מתן המזון והנוזלים. העקרון המנחה של החוק הוא שיש לתת מזון ונוזלים לכל חולה הנוטה למות, גם אם הוא עם קיהיון, אלא אם כן הוכח **מבחינה רפואית** שיש בכך נזק לחולה, או סבל לחולה.

### ב. מתן מזון ו/או נוזלים לחולה עם קיהיון

1. קיימים מצבים רפואיים שונים שהחולה מאבד את התיאבון ו/או את הרצון לאכול ולשתות, ולעתים מאבד את יכולת הבליעה (dysphagia), ועקב כך האכלה בפה עלולה לגרום לאספירציות חוזרות. דוגמאות למצבים כאלה: מחלה ממארת באזור הראש והצוואר, אוטם מוחי, חבלת ראש, מחלות נוירולוגיות דגנרטיביות, מחלות נפשיות, חוסר הכרה, מצב וגטטיבי, ועוד.
2. אחד המצבים הללו הוא חולה עם קיהיון בשלבים מתקדמים של מחלתו.
3. מבחינה רפואית הדרך העדיפה למתן מזון ונוזלים בכל אדם, כולל חולה עם קיהיון בשלבים מתקדמים, הוא דרך הפה. זו הדרך הטבעית, ויש בה גם תועלת פסיכולוגית של טעימת המזון.
4. בחולה עם קיהיון שתיאבונו ירוד ניתן להמשיך ולהאכילו דרך הפה בכמויות קטנות, שלעיתים מספקות את הקלוריות הדרושות לו, שהן נמוכות בהרבה בהשוואה לאדם בריא ופעיל.
5. כמו כן בחולה עם קיהיון שכושר הבליעה שלו פגוע ניתן להמשיך ולהאכילו דרך הפה בכמויות קטנות ובצורה איטית ומתמשכת, בדרכים שיפחיתו את הסיכון לאספירציה.
6. שיטת האכלה זו דורשת הערכה תזונתית של כמות והרכב המזון והנוזלים ביחס לכל חולה אינדיבידואלי. כמו כן דורשת שיטת האכלה זו זמן רב וסבלנות רבה, ומסירות מצד המטפל. שיטת האכלה הזו דורשת הערכת קלינאית תקשורת, מומחית בבעיות בליעה.
7. מחקרים שונים הראו שאין עדיפות בתוחלת החיים של חולים עם קיהיון בין אלו שהמשיכו לקבל מזון ונוזלים דרך הפה בכמויות קטנות ובהאכלות איטיות וממושכות, לבין אלו שקבלו מזון ונוזלים בדרך מלאכותית - דרך זונדה, או דרך PEG.



כמו כן הוכיחו מחקרים שונים שאין הבדל בין שתי שיטות ההאכלה הללו ביחס לסיבוכים שונים, כולל אספירציות. עוד הוכח שאין הבדל בתוחלת החיים בין אלו שמתן המזון והנוזלים היה בזונדה, לבין אלו שמתן המזון והנוזלים היה דרך PEG.

8. אכן, עדיין קיימים חילוקי דעות בין החוקרים השונים (ראה ברשימת הספרות בנספח), והמחקרים שנעשו עד היום אינם פרוספקטיביים סמויי-כפולות (וכאלה לא ניתנים להתבצע מבחינה אתית), וברובם מספר הנבדקים שהיו עם PEG היה קטן באופן אבסולוטי, ובודאי ביחס לנבדקים ללא PEG. לכן נותרות שאלות מתודולוגיות רבות ביחס לתקפותם של מרבית המחקרים שפורסמו:

לא ברור ממחקרים אלה האם הקבוצות היו דומות מבחינת חומרת הקיהיון; האם יש הבדל בין התקנת PEG בשלבים מוקדמים מאד או מאוחרים; האם הותקן ה-PEG בחולים כשהם בשלבים סופיים, או תוך כדי מחלה חריפה, שאז עצם הפעולה הכירורגית היא מסוכנת; האם היה הבדל בהרכב התזונתי של מתן המזון והנוזלים בין שתי הקבוצות; האם היו מחלות נילוות למטופל, ואיזה; האם סבל המטופל מדכאון, ובאיזו חומרה; מה היה גילו של המטופל בעת איבוד כושר הבליעה (קו חיתוך משמעותי הוא גיל 80 שנה); מה היה מינו של המטופל (זכר הוא גורם סיכון); מי היו המטפלים בו – בני משפחה, מטפל סיעודי, אח/אחות, או אדם ערירי ללא מטפל קבוע; היכן שהה המטופל – בביתו, במוסד, בבית חולים; מה מידת התועלת ביחס לאיכות החיים של החולה עם קיהיון בין שתי שיטות ההאכלה; ועוד. אמנם חלק מהמחקרים התייחסו לחלק מהבעיות המתודולוגיות הללו, אך רובם לא טיפלו בכל המשתנים הרלוונטיים, ולכן תקפותם מעוררת שאלות משמעותיות.

9. חולה עם קיהיון הנוטה למות שהגיע למצב בו כמויות המזון והנוזלים הניתנים דרך הפה הם אפסיים, או שהוא סובל מאספירציות חוזרות למרות האכלה זהירה, או שאין מי שיאכיל וישקה אותו דרך הפה בזמן ובסבלנות הנדרשים – הרי הוא זקוק למתן מזון ונוזלים בדרכים אלטרנטיביות.

10. דרכים אלטרנטיביות יכולות להיות בזונדה, ב-PEG, או בעירוי.

11. מחקרים הראו שאין עדיפות לאחת משיטות ההאכלה המלאכותיות הללו על תוחלת החיים של החולה עם קיהיון, ולכן מבחינת הנוחות ואיכות החיים של המטופל (וגם של הצוות המטפל) יש עדיפות בהתקנת PEG, ככל שהדבר אפשרי מבחינה רפואית. אין להשתמש בזונדה כתחליף קבוע למתן מזון ונוזלים בגלל אי הנוחות המשמעותית הכרוכה בדרך זו, ובגלל סיבוכים שונים הקשורים לדרך זו. שימוש בזונדה באופן זמני עד לקבלת החלטה אחרת ייעשה בהתאם לשיקול רפואי בכל חולה אינדיבידואלי.



## החלטות

- א. חולה עם קיהיון [דמנציה] המוגדר כחולה הנוטה למות על פי הגדרת החוק יש לספק לו מזון ונוזלים, אפילו באמצעים מלאכותיים, אלא אם כן יש הוריית נגד רפואית ברורה וספציפית בחולה האינדיבידואלי. על הרופא האחראי לתעד את ההחלטה ואת נימוקיה בתיק הרפואי של החולה.
- ב. חולה עם קיהיון המוגדר כנוטה למות בשלב הסופי על פי הגדרת החוק יש לספק לו נוזלים, אלא אם כן יש הוריית נגד רפואית ברורה וספציפית בחולה האינדיבידואלי. על הרופא האחראי לתעד את ההחלטה ואת נימוקיה בתיק הרפואי של החולה.
- ג. במצבים שקיימת הוריית-נגד רפואית למתן מזון ונוזלים בגין מצבו הרפואי של החולה עם קיהיון שהוא נוטה למות, או שיש הוריית-נגד רפואית להתקנת דרך מלאכותית למתן מזון ונוזלים – יש להימנע כליל ממתן מזון או נוזלים. הסתייגות זו נכונה אך ורק כאשר מדובר בהתווית-נגד רפואית, כגון סיכונים או סיבוכים רפואיים, או סבל משמעותי; אין היתר חוקי להימנע ממתן מזון ונוזלים בחולה הנוטה למות שאינו כשיר בגלל סיבות אתיות, כגון שיפוט איכות החיים בגין המצב הקוגניטיבי כשלעצמו, ואף רצונו של החולה עת היה כשיר אינו יכול להוות בסיס להחלטה כזו, כפי שנקבע במפורש בסעיף 16(ב)(2) לחוק החולה הנוטה למות.
- ד. ההחלטה בדבר צורת מתן המזון והנוזלים צריכה להיות רפואית אינדיבידואלית בהתאם למצבו של החולה עם קיהיון, למקום שהייתו, לצרכיו, ולהיבטים הרפואיים הקשורים בצורת מתן המזון והנוזלים על פי השיקולים הרפואיים בלבד.
- ה. ההחלטה הרפואית צריכה להתקבל בשיתוף פעולה מלא של צוות רב מקצועי, שכולל את הצוות הרפואי והפארא-רפואי: הרופא/ה, האח/ות, מטפל/ת, קלינאי/ת תקשורת, תזונאי/ת, מרפא/ה בעיסוק, פיזיותרפיסט/ית, עובד/ת סוציאלי/ת ועוד.
- ו. הדרך המועדפת למתן המזון והנוזלים היא דרך הפה. במקרה כזה יש לקבל הערכה מקצועית של תזונאית ביחס לכמות המזון והנוזלים הנחוצים לכל חולה אינדיבידואלי על פי מצבו בכל שלב, יש לקבל הערכה של קלינאית תיקשורת המתמחה בבעיות בליעה, ויש לדאוג להאכלה זהירה, איטית וסבלנית על מנת למנוע אספירציות. על הרופא האחראי לתעד את ההחלטה ואת נימוקיה הרפואיים.
- ז. על מנת להצליח בהאכלה דרך הפה יש לשקול משתנים שונים הנוגעים להרכב המזון, למירקם שלו, לשיטות ההאכלה האופטימליות, ולטיפול בבעיות רקע שיכולות להשפיע על צריכת המזון, וכל זאת על בסיס אינדיבידואלי ובהתאם לשיקול דעת רפואי רב-תחומי רלוונטי (גריאטר, אחות, תזונאית,



קלינאית תקשורת).

ח. חולה עם קיהיון שהוא נוטה למות שלא ניתן להאכילו ולהשקותו דרך הפה במידה הראויה מבחינה רפואית-תזונתית יש לספק לו את המזון והנוזלים דרך עירוי, זונדה, או PEG. מבחינת הנוחות ואיכות החיים של המטופל (וגם של הצוות המטפל) יש עדיפות בהתקנת PEG, ככל שהדבר אפשרי מבחינה רפואית. אין להשתמש בזונדה כתחליף קבוע למתן מזון ונוזלים בגלל אי הנוחות המשמעותית הכרוכה בדרך זו, ובגלל סיבוכים שונים הקשורים לדרך זו. שימוש בזונדה באופן זמני קצר עד לקבלת החלטה אחרת ייעשה בהתאם לשיקול רפואי בכל חולה אינדיבידואלי.

ט. החלטה רפואית לעבור למתן מזון ונוזלים באחת הדרכים המלאכותיות תתקבל כאשר אין מי שיוכל לתת את המזון והנוזלים בצורה האופטימלית והסבלנית לאורך זמן; או כאשר שיטת ההאכלה הזו גורמת לאספירציות חוזרות; או כאשר יש מחלות נילוות קבועות או זמניות אך חוזרות, כגון זיהומים חוזרים, המונעות את ההאכלה דרך הפה; או כאשר יש צורך לתת תרופות חיוניות קבועות, ולא ניתן לעשות זאת דרך הפה.

כאשר מתגלה קושי אובייקטיבי-רפואי בהמשך ההאכלה דרך הפה, ניתן לדחות את ההחלטה על התקנת PEG למשך זמן קצר עד לביורר המצב הרפואי, ובחירת הדרך העדיפה להמשך מתן המזון והנוזלים בהתאם להתפתחות המצב הרפואי. בתקופת ההמתנה יש להקפיד על מניעת דהידרטציה.

מומלץ לשקול התקנת PEG בשלבים מוקדמים של הירידה הטיפקודית כאשר קיים צפי של קשיים בהאכלה דרך הפה, כגון בחולה ערירי, בחולה שסובל מאספירציות חוזרות וכד'. וזאת כאשר החולה במצב פיסי תקין, שאז מדובר בפרוצדורה כירורגית קלה. במצבים כאלה אין הכרח לזנוח את ההאכלה דרך הפה ככל שהדבר אפשרי, אך נוכחות ה-PEG מהווה ערובה להמשך ההאכלה הזמנית בשיטה זו במצבים של מחלות חריפות אינטרקורנטיות, או מעבר להאכלה קבועה בשיטה זו כאשר ההאכלה דרך הפה הופכת לבלתי אפשרית.

בכל מקרה אין להתקין PEG בחולה עם קיהיון שהוא נוטה למות כשהוא במצב של מחלה חריפה, או בחולה עם קיהיון בשלב סופי כהגדרתו בחוק, וזאת מכיוון שהוכח שהדבר מסכן את חייו.

י. השיטה העדיפה והעיתוי של הפעלת שיטה אלטרנטיבית נתונה לשיקול רפואי בהתאם למצבו של כל חולה אינדיבידואלי, אך אין לשקול שיקולים אתיים בדבר כדאיות עצם ההאכלה וההידרטציה במצב של קיהיון מתקדם על בסיס של שיקולי ערכם הסגולי של חיים של חולים הסובלים מקיהיון מתקדם, התועלת בהמשך חיים כאלה, וכיו"ב.



מינהל הרפואה

Medical Administration

משרד  
הבריאות

לחיים בריאים יותר

**נספח: רשימת ספרות**

***Meyers D.W., Legal Aspects of Withdrawing Nourishment From an Incurably Ill Patient, Arch Intern Med, (1985), 145: 125-128***

***Dresser R.S., Ethics, Law, and Nutritional Support, Arch Intern Med (1985), 145: 122-124;***

Siegler M., Weisbard A.J., Against the Emerging Stream, Should Fluids and Nutritional Support Be Discontinued? *Arch Intern Med*, (1985), 145: 129-131.

Rosner F., Why Nutrition and Hydration Should Not Be Withheld From Patients. *Chest*, (1993), 104 (6) 1892-96.

Editorial: Tube Feeding Old People. *Canadian Journal on Aging*, (1993), 12(3), 275, 278.

Lennard-Jones J.E., Ethical & Legal Aspects of Clinical Hydration and Nutritional Support, A Report for the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (1998) p. 23

Finucane TE et al, Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia, *JAMA*, (1999), 282(14): 1365-70

Glick S. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Aug;49(8):1128. More caution about tube feeding.

Hurley A.C., Volicer L., Alzheimer Disease "It's Okay, Mama, If You Want to Go, It's Okay", *JAMA*, (2002), 288(18), 2324-2331, at 2327.

שטיינברג א., החולה הנוטה למות: מבט השוואתי בין "ערכים דמוקרטיים והלכתיים", דילמות באתיקה רפואית, עורך: רפאל כהן-אלמגור, מכון ון ליר בירושלים, 2002, עמ' 283-321.

אלון מ., הערות והארות בעניין "אשיות המרקם התרבותי והרוחני של חברתנו" – סוגיית המתת חסד בפרשת לובצקי, שערי משפט, כרך ב' (2), 2002, 121-132, בעמ' 129

Kunin J., Withholding artificial feeding from the severely demented: merciful or immoral? Contrasts between secular and Jewish perspectives, *J Med Ethics* (2003), 29: 208-212

**Director of Medical Affairs**  
**Ministry of Health**  
39 Jeremiah street  
P.O.B 1176 Jerusalem 9101002  
[mminhal@moh.health.gov.il](mailto:mminhal@moh.health.gov.il)  
Tel: 02-5080802/3 Fax: 02-5655916

**מינהל הרפואה**  
**משרד הבריאות**  
רחוב ירמיהו 39  
ת.ד. 1176 ירושלים 9101002  
[mminhal@moh.health.gov](mailto:mminhal@moh.health.gov)  
טל: 02-5080802/3 פקס: 02-5655916





מינהל הרפואה

Medical Administration

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

[Mitchell SL](#), [Buchanan JL](#), [Littlehale S](#), [Hamel MB](#), Tube-feeding versus hand-feeding nursing home residents with advanced dementia: a cost comparison. *J Am Med Dir Assoc*. 2004 Mar-Apr;5(2 Suppl):S22-9

עפרה גולן ושרון בסן, הזנה מלאכותית בסוף החיים, רפואה ומשפט, גליון 31 דצמבר 2004, 41-66.  
<http://www.ismal.co.il/imgs/uploads/refua-umishpat-31-041.pdf>

הלשכה לאתיקה של הר"י, נייר עמדה בנושא: האכלה מלאכותית של חולה הנמצא במצב וגטטיבי קבוע, 2005  
<http://www.ima.org.il/MainSite/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=148>

Yitshal N. Berner, Non-Benefit of Active Nutritional Support in Advanced Dementia. *IMAJ* 2006;8:505–506

[Shapiro DS](#), [Friedmann R](#) *Isr Med Assoc J*. 2006 Jul;8(7):507-8. To feed or not to feed the terminal demented patient--is there any question?

Van Dijk Y and Sonnenblick M. *IMAJ* 2006;8:503–504. Enteral Feeding in Terminal Dementia – A Dilemma without a Consensual Solution

Susan L. Mitchell, A 93-Year-Old Man With Advanced Dementia and Eating Problems, *JAMA*. 2007;298(21):2527-2536 (Ref. 65-66)

Golan, M. Ligumsky and M. Brezis, Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Hospitalized Incompetent Geriatric Patients: Poorly Informed, Constrained and Paradoxical Decisions, *IMAJ* 2007; 9: November: 771-776

Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2

שטל ז., ארבל נ., ניצן קלוסקי ד., תדריך להזנה דרך פיום קיבה: שיטות, תמיסות וסיבוכים, שרותי המזון והתזונה, משרד הבריאות, ישראל, יוני 2003, עמ' 8  
[www.health.gov.il/Download/pages/pium\\_kiva.doc](http://www.health.gov.il/Download/pages/pium_kiva.doc) (עודכן ב-2.1.2011).

[Teno JM](#), [Gozalo P](#), [Mitchell SL](#), et al. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. *Arch Intern Med* 2012; 172:697.

[Joan M. Teno](#) et al, Does Feeding Tube Insertion and its Timing Improve Survival?, *J Am Geriatr Soc*. 2012 Oct; 60(10): 1918–1921.

**Director of Medical Affairs**  
**Ministry of Health**  
39 Jeremiah street  
P.O.B 1176 Jerusalem 9101002  
[mminhal@moh.health.gov.il](mailto:mminhal@moh.health.gov.il)  
Tel: 02-5080802/3 Fax: 02-5655916

**מינהל הרפואה**  
**משרד הבריאות**  
רחוב ירמיהו 39  
ת.ד. 1176 ירושלים 9101002  
[mminhal@moh.health.gov](mailto:mminhal@moh.health.gov)  
טל: 02-5080802/3 פקס: 02-5655916





מינהל הרפואה

Medical Administration

**משרד  
הבריאות**  
 לחיים בריאים יותר

Givens, J. L., Lopez, R. P., Mazor, K. M., & Mitchell, S. L. (2012). Sources of stress for family members of nursing home residents with advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 26(3), 254-259.

[Christmas C, Finucane TE. Arch Intern Med. 2012 May 14;172\(9\):701-3. Tube feeding and pressure ulcers: comment on "Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers".](#)

[Gomes CA Jr, Lustosa SA, Matos D, Andriolo RB, Waisberg DR, Waisberg J. \(2012\). Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;\(3\):CD008096. doi: 10.1002/14651858.CD008096.pub3](#)

American Geriatrics Society . Feeding tubes in advanced dementia position statement. New York, NY: American Geriatrics Society; 2013.

[www.americangeriatrics.org/files/documents/feeding\\_tubes\\_advanced\\_dementia.pdf](http://www.americangeriatrics.org/files/documents/feeding_tubes_advanced_dementia.pdf).

[Goldberg LS, Altman KW. \(2014\). The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review. Clin Interv Aging. 2014 Oct 14;9:1733-9. doi: 10.2147/CIA.S53153. eCollection 2014.](#)

Dorothee Volkert et al, ESPEN guidelines on nutrition in dementia, Clinical Nutrition 201  
[Irene Ying](#), Artificial nutrition and hydration in advanced dementia, *Can Fam Physician*. 2015 Mar; 61(3): 245-248.

A.L. RIBEIRO SALOMON, M.R. CARVALHO GARBI NOVAES, OUTCOMES OF ENTERAL NUTRITION FOR PATIENTS WITH ADVANCED DEMENTIA: A SYSTEMATIC REVIEW, *J Nutr Health Aging*, 2015;19:169-177 2015

אפרת גיל ואח', "לא לעשות כלום, זה כמו גזר דין מוות" על הדילמות סביב האכלת צינור בקרב אפטרופוסים של חולים בדמנציה מתקדמת, הוצג ב"כנס בנושא גישה רב תחומית לסוף החיים: עבר, הווה עתיד", האוניברסיטה העברית בירושלים, 12-13 באפריל 2016.

Susan L Mitchell, Palliative care of patients with advanced dementia, UpToDate,  
<http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-of-patients-with-advanced-dementia>  
 (Literature review current through: Mar 2016)

Drumal C, Ballmar PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, Soeters P, Weiman A, Bischoff SC (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr* 35:545-556.

**Director of Medical Affairs**  
**Ministry of Health**  
 39 Jeremiah street  
 P.O.B 1176 Jerusalem 9101002  
[mminhal@moh.health.gov.il](mailto:mminhal@moh.health.gov.il)  
 Tel: 02-5080802/3 Fax: 02-5655916

**מינהל הרפואה**  
**משרד הבריאות**  
 רחוב ירמיהו 39  
 ת.ד. 1176 ירושלים 9101002  
[mminhal@moh.health.gov](mailto:mminhal@moh.health.gov)  
**טל: 02-5080802/3 פקס: 02-5655916**



מינהל הרפואה

Medical Administration

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

Abu R., Ayman MD; Khoury, Tawfik MD; Cohen, Jonah MD; Chen, Shmuel MD; Yaari, Shaul MD; Daher, Saleh MD; Benson, Ariel A. MD; Mizrahi, Meir MD (2016). PEG Insertion in Patients With Dementia Does Not Improve Nutritional Status and Has Worse Outcomes as Compared With PEG Insertion for Other Indications. *J clin gastroenterol*, August 2016

Gingold-Belfer R, [Weiss A](#), [Geller A](#), [Sapoznikov B](#), [Beloosesky Y](#), [Morag-Koren N](#), [Niv Y](#), [Boltin D](#), [Issa N](#), [Schmilovitz-Weiss H](#). (2016). Increasing Serum Albumin Level Shortly After Gastrostomy Tube Insertion Predicts Longer Survival in Elderly Patients With Dementia. *J Clin Gastroenterol*. 2016 Jul 29. [Epub ahead of print]

Published

<http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/49/24849.pdf>

<http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/49/24847.pdf>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1532-5415.2001.49221.x/epdf>

**Director of Medical Affairs**  
**Ministry of Health**  
39 Jeremiah street  
P.O.B 1176 Jerusalem 9101002  
[mminhal@moh.health.gov.il](mailto:mminhal@moh.health.gov.il)  
**Tel:** 02-5080802/3 **Fax:** 02-5655916

**מינהל הרפואה**  
**משרד הבריאות**  
רחוב ירמיהו 39  
ת.ד. 1176 ירושלים 9101002  
[mminhal@moh.health.gov](mailto:mminhal@moh.health.gov)  
**טל:** 02-5080802/3 **פקס:** 02-5655916