

Άλλες πληροφορίες:

Πρόσθετες προκλήσεις που πρέπει να εξεταστούν για άτομα που ζουν με άνοια.

1. Το υλικό αντιμετώπισης ασθενών (Patient-facing materials) αναπτύσσονται για το γενικό πληθυσμό και θα πρέπει να προσαρμοστούν στις γνωστικές και συμπεριφορικές διαταραχές.
2. Υπάρχουν προκλήσεις στην εφαρμογή των συστάσεων της σωματικής απομάκρυνσης για τις οικογένειες που παρέχουν προσωπική φροντίδα για τον αγαπημένο τους με άνοια. Μπορεί επίσης να αποτελέσει πρόβλημα για τα άτομα με άνοια να φορέσουν την μάσκα και να παραμείνει σωστά τοποθετημένη στο πρόσωπο τους.
3. Η επίδραση του COVID-19 στους ανθρώπους που ζουν σε οίκους ευγηρίας και ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας. Για περισσότερα σχετικά με αυτό, επισκεφθείτε μια νέα ιστοσελίδα σχετικά με τη μακροχρόνια περίθαλψη: <https://ltccovid.org/>
4. Εάν ο εξοπλισμός διάσωσης (life-saving equipment) μειωθεί, μπορεί να τεθούν κριτήρια χρήσης. Η συνήθης προτεινόμενη προσέγγιση για την κατανομή ανεπαρκών μηχανικών αερισμών, είναι να δοθεί προτεραιότητα σε εκείνους τους ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση που είναι πιθανότερο να επιβιώσουν σε εξιτήριο από το νοσοκομείο με θεραπεία. Παρόλο που είναι πολύ σημαντικό να κάνεις το μέγιστο καλό για τον μέγιστο αριθμό ατόμων, αυτό είναι ανεπαρκές επειδή αγνοεί άλλα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα. Για παράδειγμα, είναι επίσης σημαντικό να εξεταστεί ο αριθμός των ετών ζωής που σώζονται. Είναι σημαντικό να εξεταστεί (1) η πιθανότητα των ασθενών που θα επιβιώσουν με την έξοδο από το νοσοκομείο και η οποία αξιολογείται με μία αντικειμενική μέτρηση της σοβαρότητας της ασθένειας και (2) την πιθανότητα των ασθενών να επιτύχουν μακροχρόνια επιβίωση βάσει παρουσίας ή απουσίας άλλων νοσημάτων ([A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic Douglas B. White; Bernard Lo, JAMA. Published online March 27, 2020. doi:10.1001/jama.2020.5046](#))
5. Μέσω της ανάθεσης από την Εταιρεία Αλτσχάιμερ του Καναδά, οι ερευνητές και κλινικοί γιατροί δήλωσαν ότι η διάρκεια της επιβίωσης, ΔΕΝ θα πρέπει να «προσαρμόζεται» με βάση τεκμήρια σχετικά με την ποιότητα ζωής. Όπως δήλωσε οι Emanuel και οι συν.: «ο περιορισμένος χρόνος και η πληροφόρηση κατά τη διάρκεια επείγουσας ανάγκης, δρα κατά της μελλοντικής ποιότητας ζωής και των ετών ζωής προσαρμοσμένων για την ποιότητα (QALYs). Κάτι τέτοιο θα χρειαζόταν χρονοβόρα συλλογή πληροφοριών και θα παρουσίαζε ηθικά και νομικά προβλήματα» (NEJM 10.1056 / NEJMs2005114). Η ανησυχία είναι ότι οι κλινικοί γιατροί που δεν εκπαιδεύονται στην περίθαλψη

ατόμων με άνοια μπορεί να υποβαθμίζουν ή ακόμη και να υποτιμούν την ποιότητα ζωής πολλών ατόμων με άνοια.

6. Η εθνική καθοδήγηση για τη στήριξη αποφάσεων όσον αφορά την διαλογή ασθενών είναι κρίσιμη. Αυτή η καθοδήγηση διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, η NICE έχει αναπτύξει κατευθυντήριες οδηγίες για τους κλινικούς γιατρούς σχετικά με τις εισαγωγές στην εντατική μονάδα θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου ενός αλγορίθμου που χρησιμοποιεί επίσης την Κλίμακα κλινικής ευαλωτότητας (Clinical Frailty Scale) του Πανεπιστημίου Dalhousie στο Halifax του Καναδά. Αυτό περιλαμβάνει ειδικές συμβουλές σχετικά με την άνοια. Επιπλέον, η British Medical Association (BMA) ανέπτυξε ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τη δεοντολογία για τη στήριξη της λήψης αποφάσεων, καθώς και μια συντομότερη έκδοση συχνών ερωτήσεων (FAQ).
7. Ενεργητικές και προληπτικές στρατηγικές από τα μέλη της οικογένειας, τους φροντιστές και τους κλινικούς αποτελεί, η χρήση της τεχνολογίας όπως το βίντεο ή τηλε-διασκέψεις με στόχο την ελαχιστοποίηση για την κατ' ηδεία προσωπική εξέταση για την αξιολόγηση της άνοιας ή άλλων καταστάσεων (π.χ. αφυδάτωση, διαταραχές της συμπεριφοράς, οξεία συγχυτική διαταραχή).
8. Σε περίπτωση νοσηλείας, τότε οι βέλτιστες πρακτικές για την αξιολόγηση κινδύνου για την οξεία συγχυτική κατάσταση, την πρόληψη, τη μείωση και την διαχείριση του θα πρέπει να τροποποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο, βάσει των συνθηκών και των πόρων (π.χ. Oh et al., JAMA 2017 και AARP GCBH Delirium Report 2020). Όταν δεν επιτρέπονται οι επισκέψεις στον νοσηλευόμενο από συγγενείς ή φροντιστές, αν είναι δυνατόν, χρειάζεται να παρέχεται υποστήριξη ένας προς έναν, με τη βοήθεια και την χρήση της τεχνολογίας (π.χ. βιντεοκλήσεις με την οικογένεια και τους αγαπημένους του ατόμου) με σκοπό να βοηθήσουν στην παρακολούθηση, τον προσανατολισμό, την επικοινωνία, τον καθησυχασμό και την ηρεμία του ατόμου με άνοια.