

Martes, 22 de enero de 2013

El servicio de atención sociosanitaria a domicilio

Destinatarios

Las personas a las que va dirigido este proyecto tienen problemas crónicos o agudos con secuelas que requieren la comunicación entre niveles o la actuación de profesionales y de equipos con disciplinas y niveles asistenciales diferentes. Hasta ahora, no existían protocolos reglados de colaboración.

Este programa incluye actividades de prevención, educación, curación, cuidados sanitarios y sociales y rehabilitación. Asimismo, no supone un mayor gasto económico sino un mejor uso de los recursos ya disponibles.

La asistencia sociosanitaria a domicilio está dirigida a pacientes que requieren atención permanente o prolongada (más de tres meses) o transitoria o de corta duración (menos de tres meses).

En el primer grupo se encuentran los pacientes geriátricos de edad muy avanzada y grave deterioro funcional; con deterioro cognitivo (demencias); con patología crónica o insuficiencia orgánica severa que tienen necesidades de soporte social y a los que su estado les impide salir de casa; y encamados crónicos.

La situación de necesidad transitoria puede deberse a convalecencia tras un alta hospitalaria (necesidad puntual de soporte social, rehabilitación, etc. en el domicilio); personas en fase terminal con programa de cuidados paliativos y falta de apoyo en el hogar; pacientes con necesidad de atención sociosanitaria domiciliaria transitoria por cambio de domicilio (cuando rotan por casas de familiares); o pacientes con problemas de salud agudos en personas en situación de fragilidad o riesgo social, desprotección o marginalidad que carecen de lazos sociales y familiares.

Los pacientes accederán al programa a propuesta de los Servicios Sociales de Base; del médico o enfermera de Atención Primaria; del trabajador social del centro de salud; del hospital de referencia (convalecencias tras el alta, pacientes con necesidades permanentes no bien resueltas); o de un centro residencial.

La comisión de coordinación priorizará el acceso en función de la severidad de sus procesos, el grado de dependencia, las necesidades de cuidados, la situación “de fragilidad” (individual o familiar), condiciones de la vivienda, situación socioeconómica, imposibilidad de desplazamiento a centros sanitarios y sociales, necesidad de apoyo para su vida diaria, etc. Elaborará un Plan Integral de Cuidados personalizado para cada paciente-usuario, asignará responsabilidades en el seguimiento y gestión de casos y contará con sistemas de registro e información compartidos.

Servicios

Los beneficiarios de este programa accederán a dos tipos de apoyo, por un lado, la atención sanitaria a domicilio (Servicio Navarro de Salud) y, por otro, al domicilio, la atención doméstica y personal a domicilio (SAD), las ayudas económicas para atención a domicilio, atención domiciliaria de urgencia o telealarma (Departamento de Políticas Sociales y servicios sociales del Ayuntamiento).

Además, se ofertará un programa de apoyo a las personas cuidadoras que pretende evitar una situación de sobrecarga física y psíquica de la persona cuidadora a fin de evitar su claudicación en el rol de cuidador, lo que la mayoría de veces conduce a la institucionalización de la persona con dependencia.

Entre otras medidas, se facilitará formación a familiares, asistentes sin formación contratados para ello, trabajadores familiares (pautas de actuación, manejo de crisis, criterios de cuándo consultar, etc); información y asesoramiento sobre los recursos comunitarios sociales y sanitarios, apoyos, ayudas económicas.

Otras acciones previstas son evaluar las necesidades del cuidador; facilitarles la consulta preferencial para solventar dudas a través de teléfono o por correo electrónico; intermediación para la búsqueda de apoyos familiares y evitar que toda la carga del cuidado se deposite en un único miembro del grupo familiar; apoyo personal y emocional, con apoyo psicosocial; asistencia a grupos de autoayuda; promoción del voluntariado; y servicios residenciales de respiro para situaciones temporales de corta estancia en los que la persona cuidadora principal no pueda hacerse cargo del paciente por distintos motivos: sobrecarga física y/o psíquica, vacaciones, enfermedad o ingreso de la persona cuidadora, etc.

Progresivamente, se desarrollarán otros servicios de apoyo: servicios de adaptación y rehabilitación funcional en el domicilio (por ejemplo, tras un ictus); gestión de ayudas para adaptaciones de la vivienda

propuestas en la evaluación; gestión de la provisión de ortoprótesis y de otras ayudas técnicas; atención institucional complementaria/temporal (centros de día, estancias de respiro, residencias de media duración); u otros servicios complementarios (catering, lavandería, etc).

Zonas

El Gobierno de Navarra ha escogido una zona de carácter urbano –Tafalla- y otra rural –Allo- tras analizar diversos factores (porcentaje de población anciana, casos atendidos por los servicios sociales de base, coordinación previa entre los servicios, existencia de residencias en la zona, etc).

De acuerdo con el estudio, en la zona de Allo residen 4.546 personas, de las que 1.303 (29%) son mayores de 65 años. Los servicios sociales de base atienden a 91 personas. La población diana – con problemas sanitarios y de índole social - a la que va dirigida el proyecto de atención sociosanitaria a domicilio está integrada por 36 personas. Tafalla cuenta con 13.368 habitantes, de los cuales 2.678 tienen más de 65 años (20%). Los servicios sociales de base atienden a 90 personas y la población diana es de 107 personas.