

IV. La atención sociosanitaria residencial de las personas mayores. Una mirada pospandemia



COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES Y CUIDADOS

LA PARTICIPACIÓN DE LOS CENTROS COMARCALES DE REFERENCIA

- Los Centros Comarcales de Referencia
- Protocolo de colaboración y piloto
- Objetivos del proyecto
- Agentes implicados
- Metodología
- Resultados y evaluación
- Líneas de trabajo

Euskadi, auzolana, bien común



Equipos de apoyo especializado para el conjunto de los centros residenciales de la zona

Plazas sociosanitarias con recursos especializados para estancias de recuperación/rehabilitación, tras estancia hospitalaria

EN 4 SECTORES DE SERVICIOS SOCIALES EN BIZKAIA

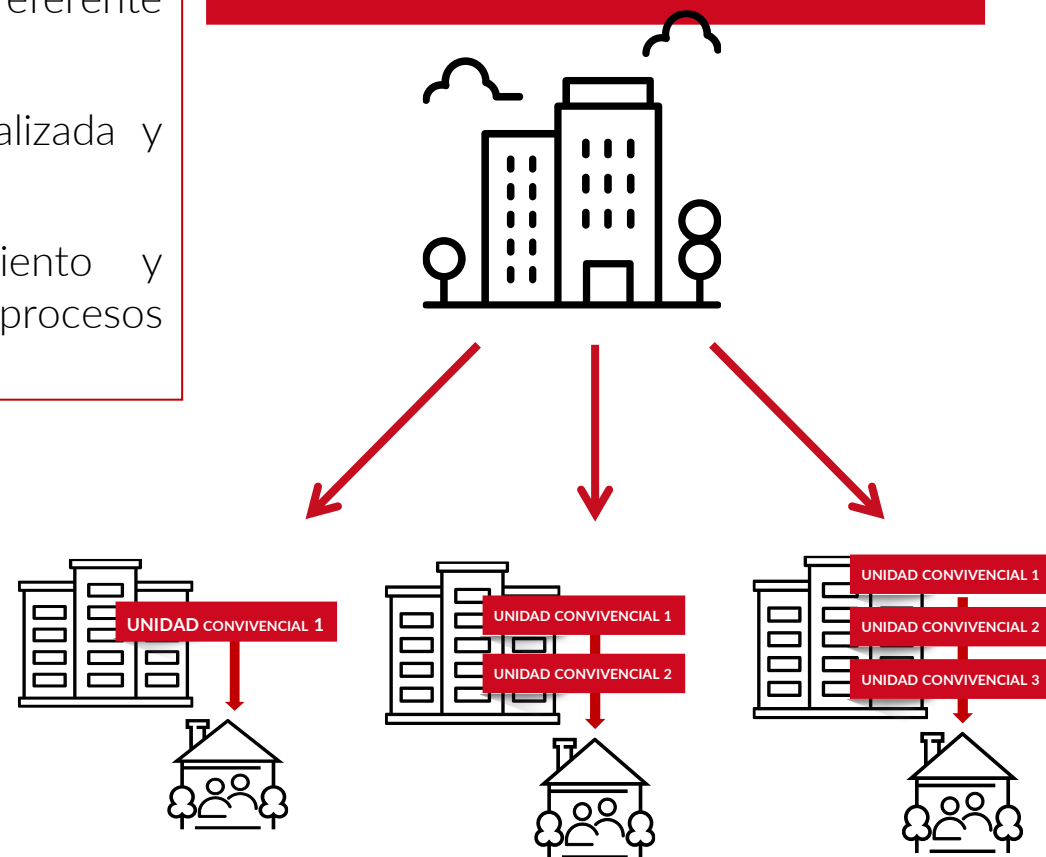


Interlocución preferente con Osakidetza

Formación especializada y orientación

Apoyo asesoramiento y coordinación en procesos asistenciales

CENTROS COMARCALES DE REFERENCIA





CENTRO COMARCAL DE REFERENCIA **BIRJINETXE**

Primer centro comarcal de referencia

Equipo de apoyo especializado para los centros residenciales del sector Bilbao de servicios sociales

Dos líneas de actuación:

- ✓ En colaboración con el **Departamento de Salud**, en el *marco del protocolo de colaboración para la mejora de la coordinación entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales en la atención a personas que viven en centros residenciales*
 - Departamento de Acción Social e Instituto Foral de Acción Social
 - OSI Bilbao Basurto
 - Hospital de Santa Marina

COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN PLANIFICACIÓN DE DECISIONES Y CUIDADOS

14 centros Inicio noviembre 2021 / 2ª fase 13 centros Inicio enero 2023

- ✓ En colaboración con **UPV- EHU** Grupo de Investigación Agein On

MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DESDE ACTIVIDADES COTIDIANAS SIGNIFICATIVAS

(12 centros) Inicio febrero 2022

Protocolo de colaboración



OSAKIDETZAREN ETA BIZKAIKO PROTOCOLO MARCO DE
FORU ALDUNDIAKO GIZARTE COLABORACIÓN ENTRE
EKINTZA SAILAREN ARTEKO OSAKIDETZA Y EL DEPARTAMENTO
LANKIDETZARAKO ESPARRU- DE ACCIÓN SOCIAL DE LA
PROTOKOLOA, EGOITZA- DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA
ZENTROETAN BIZI DIREN PARA LA MEJORA DE LA
PERTSONEN ARRETAN OSASUN- COORDINACIÓN ENTRE EL SISTEMA
SISTEMAREN ETA GIZARTE- DE SALUD Y SISTEMA DE SERVICIOS
ZERBITZUEN SISTEMAREN ARTEKO SOCIALES EN LA ATENCIÓN A
KOORDINAZIOA HOBETZEKO PERSONAS QUE VIVEN EN CENTROS
RESIDENCIALES

Bilbo, 2021eko irailaren 14a.

En Bilbao, a 14 de septiembre de 2021.

Memoria de actividad sociosanitaria del 2021

3. Coordinación sociosanitaria en la atención a personas residenciadas

TÍTULO DEL PILOTO Proyecto piloto de coordinación entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales en la atención a personas residenciadas

OBJETIVO Doble objetivo:
- Personalizar y humanizar la atención ofrecida en los centros residenciales
- Evitar traslados y derivaciones innecesarias

Proyecto CCR BIRJINETXE “COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES Y CUIDADOS”

- En el marco “*Protocolo de colaboración para la mejora de la coordinación entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales en la atención a personas que viven en centros residenciales*” Sept. 2021
- Incluido como **proyecto piloto sociosanitario** en la Memoria de actividad sociosanitaria del 2021 (Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi, 2021-2024)



“SU CASA”

PARA TODA LA VIDA...

OBJETIVOS del PROYECTO

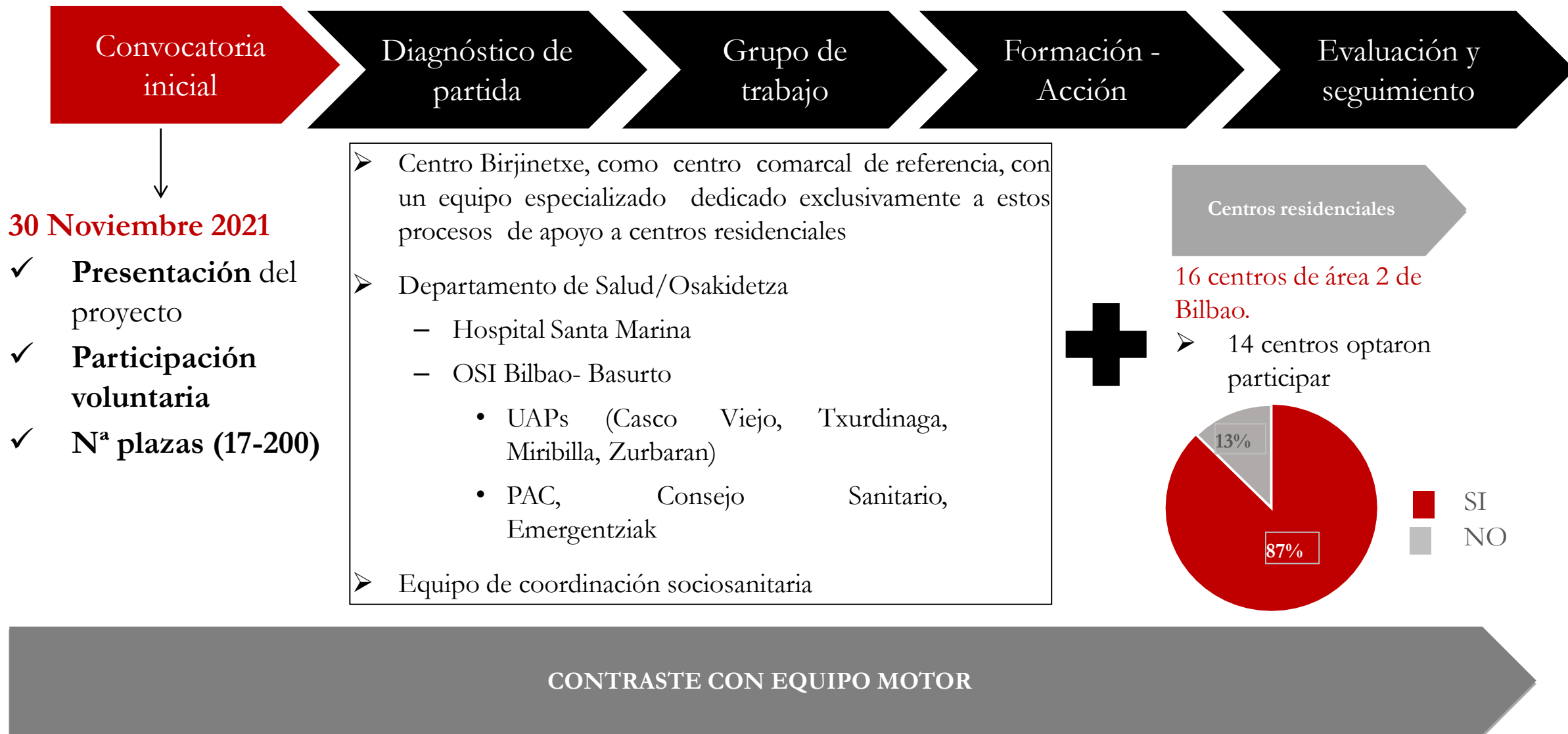
- Personalizar y humanizar más la atención a las personas mayores con necesidades de apoyos y cuidados que residen en los centros residenciales.
- Apoyar la planificación anticipada de decisiones y cuidados, especialmente en la fase final de la vida, de las personas que viven en los centros residenciales para personas mayores de Bizkaia
 - A través de la formación, apoyo y asesoramiento a profesionales de los centros residenciales.
 - Apoyando procesos de planificación con las personas residentes y sus familias
 - Mejorando la coordinación de cuidados entre el sistema de salud y el de servicios sociales
- Avanzar hacia modelos centrados en las personas, basados en el derecho a la información y ejercicio de la autonomía y a la participación en la toma de decisiones respecto a sus cuidados de las personas residentes en los centros.
- Garantizar el respeto a los valores de la persona en la toma de decisiones respecto a cuidados, también cuando disminuyan los niveles de capacidad y competencia
- Mejorar o en su caso implementar itinerarios de coordinación entre el sistema de Salud (hospital y atención primaria) y el de Servicios Sociales para avanzar en unos cuidados más centrados en la persona.

AGENTES INVOLUCRADOS

- Centro **Birjinetxe**, como centro comarcal de referencia, con un **equipo especializado** dedicado exclusivamente a estos procesos de apoyo a centros residenciales
- **Centros residenciales** de personas mayores, ubicados en el mismo área de servicios sociales que Birjinetxe, con enfoque de proximidad (convocatoria para participación)
- **Departamento de Salud/Osakidetza**
 - Hospital Santa Marina
 - OSI Bilbao- Basurto
 - UAPs de referencia de las residencias involucradas
 - PAC, Consejo Sanitario, Emergentziak
- **Equipo de coordinación sociosanitaria**

CONSTITUCIÓN EQUIPO MOTOR

METODOLOGÍA



METODOLOGÍA



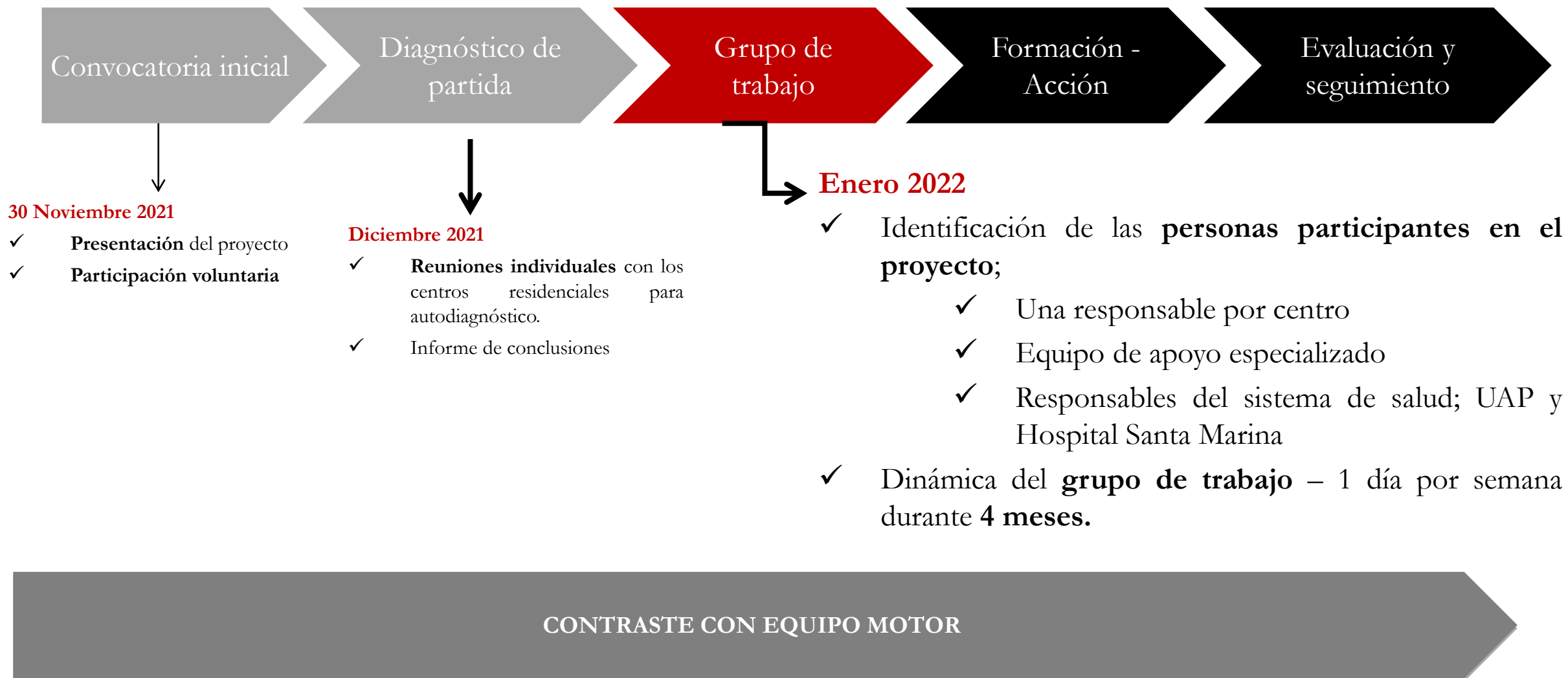
Diciembre 2021

- ✓ **Reuniones individuales** con los centros residenciales para autodiagnóstico.
- ✓ Informe de conclusiones

- Sólo un 11% afirman abordar procesos de planificación anticipada frecuentemente.
- Se tiende a preguntar y analizar sobre los valores y preferencias de la persona usuaria sólo cuando el final de vida es muy próximo.
- Se observa una debilidad en procesos de comunicación entre persona usuaria, familia y profesionales del centro
- Se identifica la necesidad de clarificar algunos de los itinerarios o circuitos con Salud, fundamentalmente PAC y Consejo Sanitario.

CONTRASTE CON EQUIPO MOTOR

METODOLOGÍA





Febrero - Mayo 2022

- ✓ Sesiones de trabajo **lideradas desde el Equipo de Apoyo Especializado** – un día por semana.

- Cuestiones éticas/Proceso deliberativo
- Historia de Vida/Plan de Atención y Vida
- Intimidad/Confidencialidad
- VGI(fragilidad, dolor en demencias, ...
- Capacidad de decisión /representación
- Habilidades de comunicación



CONTRASTE CON EQUIPO MOTOR

METODOLOGÍA



EN EL PROPIO CENTRO (14 (+13) CENTROS)

Ponente externa

Asistencia de DFB (Dirección y equipo técnico y equipo CCR)

más de 160 familiares y 40 personas usuarias.

Sesiones con familias
Marzo-abril 2022

CONTRASTE CON EQUIPO MOTOR

RESULTADOS I

Implantación del proceso de Planificación Anticipada de Decisiones y Cuidados en centros residenciales

En esta primera fase...

- 194 personas residentes realizaron un **proceso de planificación de cuidados** (en esta primera fase)
- 18 personas con un Documento de **Voluntades Anticipadas** realizado.
- La mayoría de los casos están en la actualidad en fase de implementación y extensión del proceso en la residencia.

Avances en la personalización de la atención a personas residentes

- La elaboración de **Historias de vida**
- La inclusión en la valoración geriátrica integral de las personas residentes, de la **valoración de la fragilidad**, como elemento más adecuado para definir la situación basal de la persona, así como la valoración de la **calidad de vida y el dolor**, especialmente en personas con demencia (mediante escalas y visualmente).
- La valoración de la situación basal de las personas y puesta en común con las propias personas y sus personas allegadas, de los posibles **escenarios futuros en relación con los cuidados**.
- La incorporación de la figura de **profesional de referencia** para las personas residentes y sus personas allegadas.
- La inclusión y consideración de la figura del **representante** de la persona en situación de dependencia, para la toma de decisiones en la planificación.
- La elaboración de **Planes de Atención y Vida** (desde el PAI actual -Planificación de Atención Individualizada -)
- **GUIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE PROCESOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES Y CUIDADOS EN CENTROS RESIDENCIALES**

Mejora de la coordinación con Osakidetza

Diseño de los **8 procedimientos clave en la coordinación sociosanitaria;**

- Valoración de necesidades de atención sanitaria
- Derivación hospitalaria
- Coordinación en situaciones cotidianas
- Consultas y activación de recursos de apoyo
- Solicitud de ambulancias
- Coordinación en ingresos y altas hospitalarias
- Solicitud de material
- Gestión de fallecimientos



Establecimiento de líneas de trabajo

- Validación final de los **procedimientos** clave por parte del sistema de salud, para su posterior maquetación y difusión entre los centros residenciales de Bizkaia
- **Plan funcional de coordinación residencia - centro de salud**
- Mejoras y estandarización en los siguientes procedimientos:
 - petitorios de material
 - interconsultas con especialistas de Hospital Santa Marina y algunas especialidades del Hospital de Basurto.
 - Analizar procedimientos de activación de recursos y su implementación a través de las posibilidades técnicas-informáticas;
 - Diseño de herramientas prácticas para profesionales de las residencias, tras el contraste oportuno con responsables de salud y la posibilidad de adaptarlo y personalizarlo para las personas residentes en función de los escenarios previsibles

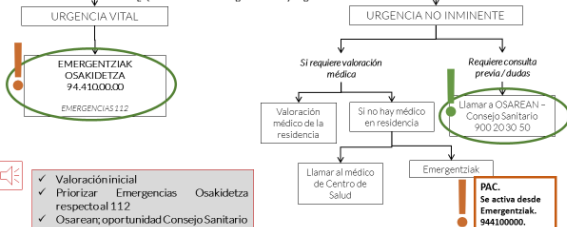
Procesos y circuitos

1. Valoración de necesidades de atención sanitaria

VALORACIÓN DE NECESIDADES POR PARTE DEL CENTRO RESIDENCIAL (Para valorar: posible derivación)

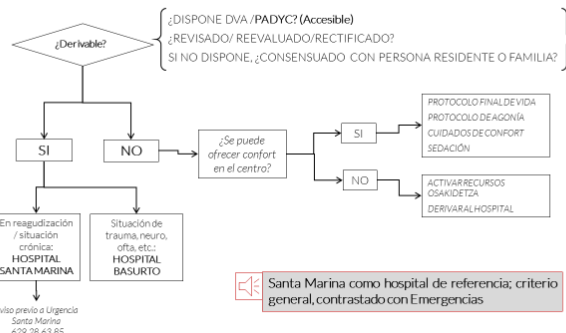
1. VALORACIÓN CLÍNICA: TRIAJE
2. VALORACIÓN SUBJETIVA: INFORMACIÓN DE RESIDENTE/SITUACIÓN BASAL
3. CONTRASTE DE PLANIFICACIÓN DE DECISIONES Y CUIDADOS: INFORMACIÓN ACCESIBLE, ORIENTACIONES ANTESITUACIONES PREVISIBLES, SEMAFORO SEGUN PATOLOGIA, COMPLEJIDAD CLÍNICA, PERSONAL

¿Qué consideramos urgencia vital y urgencia no inminente?



2

2. Derivación hospitalaria



3

3. Coordinación en situaciones cotidianas

Articular la relación con el centro de salud para la coordinación en situaciones en la operativa diaria

1. "Plan Funcional" de coordinación con el centro de salud;

- Identificación del referente en el Centro de Salud; nombre y contacto
- Referente en el centro residencial; nombre y contacto
- Referente del Equipo de Apoyo del CCR Birjinebe
- Capacidad asistencial del centro residencial (horarios de médicos, enfermería...)
- Comunicación y contraste de casos con planificación de decisiones y cuidados
- Contraste de situaciones previsible; ej. Activación de Hospidom, etc.
- Protocolo de gestión de materiales
- Protocolo de gestión de fallecimiento

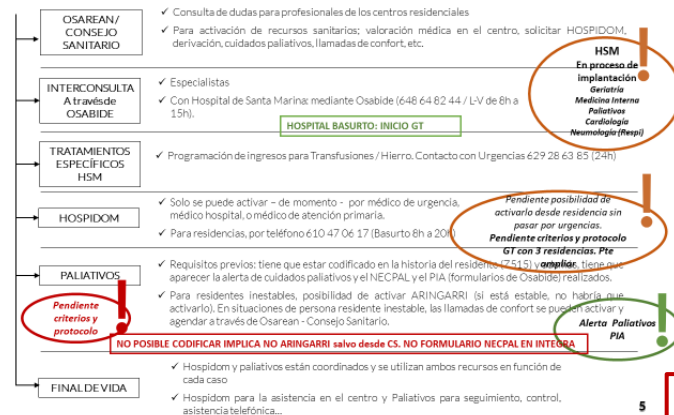
2. Funcionamiento ante situaciones excepcionales

- Comunicación y aviso previo de situaciones imprevistas, excepcionales, o modificaciones respecto al "plan funcional"
- Falta puntual de personal sanitario en la residencia (Enfermería/médico)
- Activación de recursos de Osakidetza según capacidad asistencial del centro:
 - Horario médico del centro de salud
 - Activación de PAC

Necesidad de contacto previo, identificación de referentes, anticipación de situaciones previsible, etc.

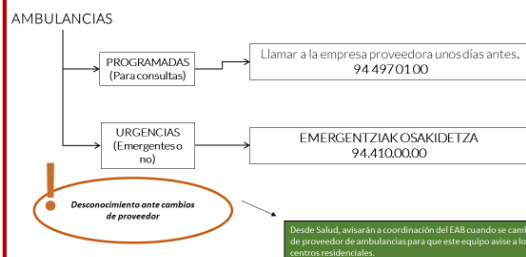
4

4. Consultas y activación de recursos de apoyo



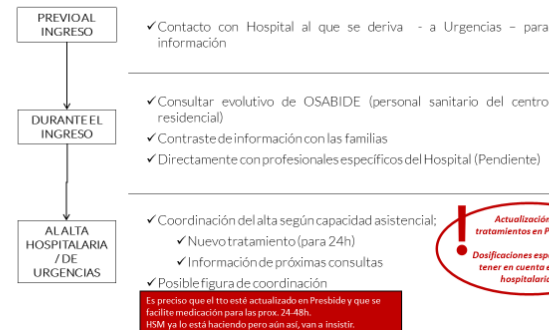
5

5. Solicitud de ambulancias



6. Coordinación en ingresos y altas hospitalarias

INGRESOS Y ALTAS HOSPITALARIAS



Actualización de tratamientos en Presbide. Dosificaciones específicas a tener en cuenta en altas hospitalarias.

7

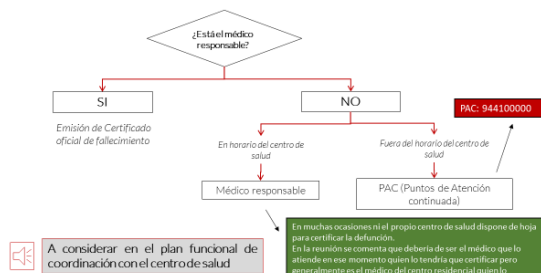
7. Solicitud de material

MATERIAL



8

8. Gestión de fallecimientos



9

EVALUACION 360



MAYOR CONOCIMIENTO Y CLARIFICACIÓN DE LOS CIRCUITOS DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

Los y las profesionales de los *centros residenciales* participantes en el proyecto valoran con un 8,41 (sobre 10), el grado de mejora del conocimiento y la clarificación de los circuitos de coordinación con el sistema sanitario.

Grado de mejora del conocimiento y clarificación de los circuitos de coordinación con el sistema sanitario (media)

8,41

En el caso de responsables y profesionales participantes del sistema sanitario, la valoración es de un 7 sobre 10.

Grado de mejora de la clarificación de los circuitos de coordinación socio sanitaria (centros residenciales/centros de salud)

7,00

ALTO INTERÉS Y VALORACIÓN DEL PROYECTO

Profesionales y responsables de ambos sistemas

La valoración general de los *responsables y profesionales del sistema sanitario*, respecto a la iniciativa del proyecto es de un 7,67 sobre 10.

Valoran con un 9,33 sobre 10 la importancia que tienen los procesos trabajados en el desarrollo del proyecto para su organización

Grado de importancia de los procesos trabajados para su organización

9,33

Los y las *profesionales de los centros residenciales* valoran con un 8,40 el desarrollo del proyecto.

Consideran que el desarrollo de este proyecto tiene un grado de importancia de un 8.66 sobre 10 para su centro residencial.

Grado de satisfacción de la iniciativa de este proyecto (media)

8,40

Grado de importancia medio de la iniciativa para su organización (media)

8,66

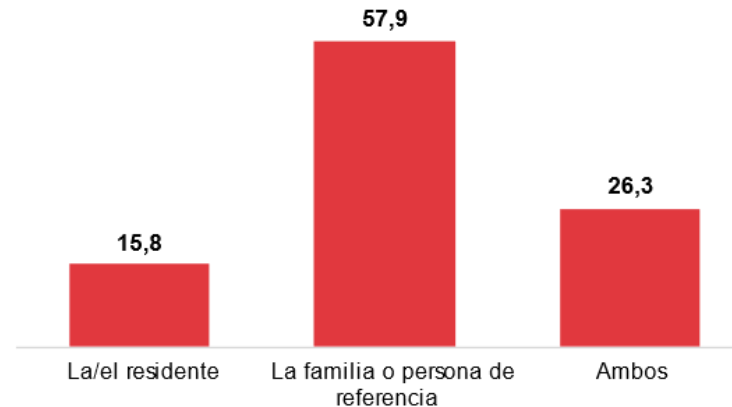
ALTO INTERÉS Y VALORACIÓN DEL PROYECTO

Personas residentes y familias

Las **familias y las personas residentes** valoran con un 8,21 sobre 10 la puesta en marcha de la iniciativa y una valoración media de 8,80 las charlas informativas

La **participación** en este proyecto de coordinación sociosanitaria en la planificación anticipada de decisiones y cuidados fue tomada por parte de las familias en un 57,9%

La **motivación principal** para participar en este proyecto ha sido, en un 58% de los casos, el apoyo para la toma de decisiones de cuidados al final de la vida.



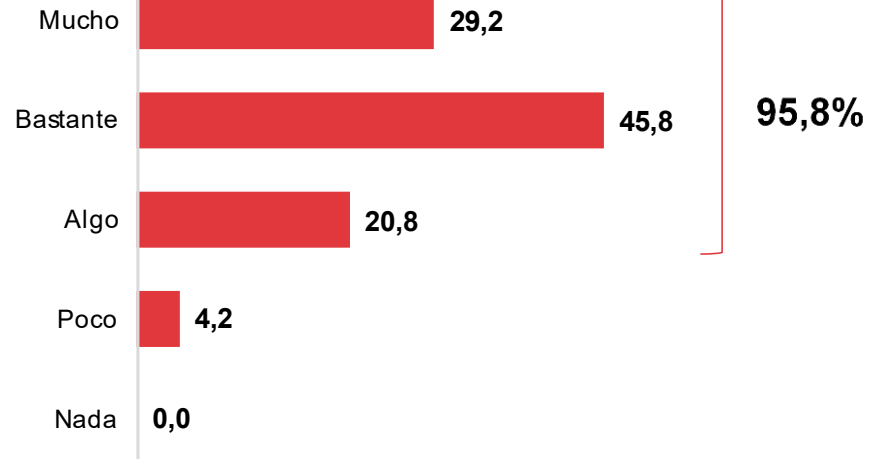
Valoración media de la charla informativa
8,80 puntos



Valoración media de contar con información de escenarios posibles sobre la salud del/ la residente
8,39 puntos

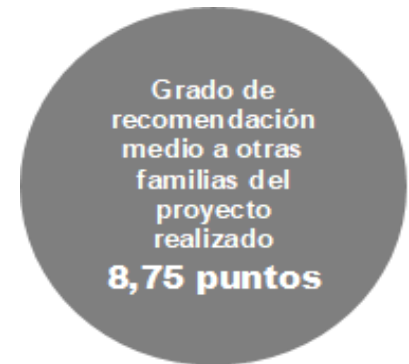
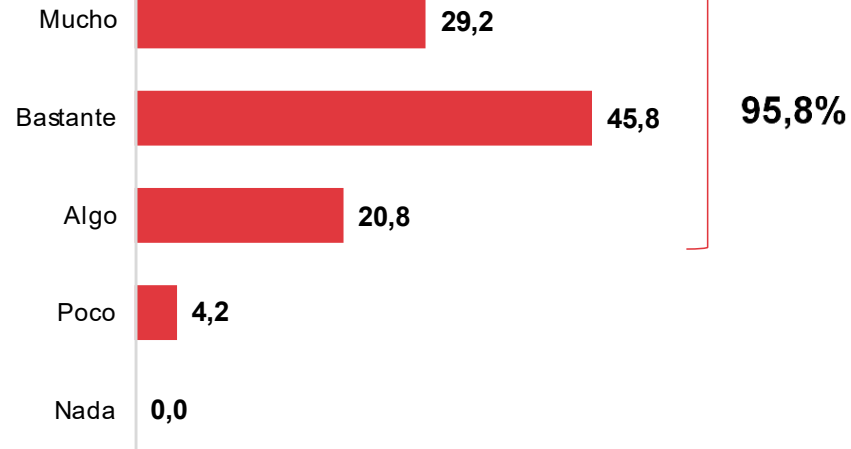
AVANCE EN LA PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

Los y las *profesionales de los centros residenciales* consideran en un 95,8% de los casos, que la participación en este proyecto ha mejorado la personalización de la atención en el centro residencial



OPORTUNIDAD DE EXTENSIÓN DEL PROYECTO

Los **agentes del sistema sanitario** involucrados en el proyecto consideran muy positiva, con un 9 sobre 10, el mantenimiento y extensión de este proyecto al conjunto de centros residenciales y al resto de organizaciones sanitarias.



El grado de satisfacción de las familias con el proceso realizado es alto, de 7,76 sobre 10, y la **probabilidad de que recomienden a otras familias que realicen este proceso es de un 8,75 (sobre 10)**

LÍNEAS DE TRABAJO

En el marco de los compromisos de colaboración adoptados en el Protocolo Marco de colaboración

MEJORA DE LOS CIRCUITOS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA:

- **Validación final de los procedimientos clave** por parte del sistema de salud.
- Implementación de mecanismos que garanticen que los **protocolos sean conocidos y accesibles**.
- **Organización de grupos de trabajo específicos**, con objetivos, plan de trabajo y seguimiento periódico:
 - Grupo de trabajo para **diseño de herramientas prácticas para profesionales de atención directa** de las residencias, tras el contraste oportuno con responsables de salud y la posibilidad de adaptarlo y personalizarlo para las personas residentes en función de los escenarios previsibles (*Ej. Guías de “semáforo y actuación prevista”*).
 - Grupo de trabajo para avanzar en **interconsultas y solicitud de algún recurso como hospitalización a domicilio**.
 - Grupo de trabajo sobre **solicitudes de material**, por parte de los centros residenciales a los centros de salud.

FORMACIÓN

- **Planificación de acciones formativas conjuntas**
 - *En la actualidad, se está trabajando en el diseño de la primera edición de sesiones formativas específicas, entre responsables del **Hospital de Santa Marina y la Diputación Foral de Bizkaia**, que se canalizarán a los centros a través del CCR Birjinetxe.*
- Interés por profundizar en la elaboración del Documento de Voluntades Anticipadas en el marco de la planificación de decisiones y cuidados.

MECANISMOS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (INTEROPERABILIDAD)

- Propuesta: **fichero de intercambio de información crítica** vinculada a la coordinación sociosanitaria para la atención de persona residentes, como el **plan de cuidados y la Planificación Anticipada de Decisiones y Cuidados – PADYC** -
- **Acceso al documento de Voluntades Anticipadas** de personas que residen en centros residenciales.
- En clave de **interoperabilidad** entre ambos sistemas.

SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN

- **Seguimiento periódico por parte del Equipo Motor** de compromisos adoptados y la materialización de las actuaciones planteadas.
 - **Seguimiento de los circuitos de coordinación sociosanitaria** para la atención de personas residentes en los centros residenciales; información recabada desde los equipos de apoyo de los CCR, contraste con agentes salud definidos, elevación de propuestas al equipo motor.
 - Seguimiento de los objetivos y resultados de la labor de los **grupos de trabajo específicos**
 - Puesta en marcha de **nuevos grupos de trabajo específico** para dar respuesta a nuevas necesidades.
 - **Propuesta** de reuniones trimestrales: marzo, junio
- **Plan funcional de coordinación en situaciones en la operativa diaria y ante situaciones imprevistas**, con el establecimiento de un protocolo.
 - Agentes clave para la interlocución: Referente del equipo de apoyo CCR, Referente en el centro residencial, Referente del centro de salud
 - **Propuesta:** Definir en este equipo motor el contenido mínimo de este plan funcional

EXTENSIÓN Y DESPLIEGUE

- **Difusión y transferencia de los aprendizajes** En Bilbao y a otras OSI

- 13 residencias más en Bilbao con proceso realizado
- Extensión inminente prevista a todas las residencias de Bilbao

EXTENSIÓN PAULATINA A TODA BIZKAIA



EN 4 SECTORES DE SERVICIOS SOCIALES EN BIZKAIA