

IRAGARKIA

2015eko maiatzaren 21eko Udalbatza Osoak honako akordioa onartu zuen:

LEHENA.- Koordinazio soziosanitarioko lankidetza hitzarmena onartzea, diktamen honen eranskinean jasotzen den testuaren arabera.

BIGARRENA.- Ahalmena ematea Azkoitiko alkateari Urrategi Alberdi Garate andreatsi izenpetu dezan udalaren izenean lankidetza hitzarmen hau.

HIRUUGARRENA.- Erabaki hau Gipuzkoako Aldizkari Ofizialean, Udaletxeko iragarki taulan eta Azkoitiko Udalaren web orrian argitaratzea.

ERASKINA

ERANSKINA 1

Koordinazio soziosanitarioko protokoloa 2015

I. SARRERA	4
II. HELBURUAK	5
III. IRISMENA	6
IV. ERAKUNDE INPLIKATUAK	7
V. METODOLOGIA	7
1- Kasuaren detekzioa	7
2- Komunikazioa	7
3- Balorazioa	7
4- Esku-hartze bateratua	8
4.1- Esku-hartze prebentiboak	
4.2- Atentzioarekin jarraitza	
4.3- Pertsonen babesa	
VI. OSPITALEKO ALTA ONDOKOZAINKETA SOZIOSANITARIOEKIN JARRAITZEA	12
1 Etxera itzultzea	
2 Etxera ez itzultzea	
VII. KOMUNITATE ESPARRUA	14
VIII. EBALUATZEKO METODOLOGIA	15
1 Jarraipen Batzordea	



2 Ebaluazio-adierazleak

PARTE HARTU DUTEN ERAKUNDEAK 17

ERANSKINAK: 18

- I. eranskina:** Erreferentziako profesionalak
- II. eranskina:** Osakidetzaren datuak emateko baimena
- III. eranskina:** Gizarte Zerbitzuen datuak emateko baimena
- IV. eranskina:** Datu sanitarioak jasotzeko eredu
- V. eranskina:** Datu soziofamiliarak jasotzeko fitxa

I.- SARRERA

EAeko Gizarte Zerbitzuei buruzko 12/2008 Legeak honela dio: "Osasun-arazo larriak direla-eta, edo eginkizunen arloko mugak direla-eta, eta/edo gizartetik bazterturik geratzeko arriskua dela-eta, pertsona batzuek behar dituzten zainketek osatzen dute arreta soziosanitarioa, osasun-arreta eta gizarte-arreta aldi berean biltzen dituena, koordinatua eta egonkorra, arreta jarraituaren printzipioarekin bat datorrena".

Protokolo honen helburua da esparru soziosanitarioa koordinatzean sortzen diren egoerak arautzea, kontuan harturik bi esparruek –hala sozialak nola sanitarioak– eragina dutela herritarren eskubideetan, zeinak, eskumenei dagokienez, Administrazio Publikoek bermatu behar dituzten.

Esparru soziosanitarioa eremu partekatua da, bi sistemek bat egiten duten eremu bat, gaixotasun kronikoak eta behar-profil ezberdinak dituzten pertsonentzako zerbitzu sozial eta sanitarioen aldi bereko beharrek edota behar etengabeek osatua.

Dokumentu honen xdea da protokolo bat zehaztea koordinazio soziosanitarioa lortzeko honako hauen artean: Goierri-Urola Garaiko ESIa (Lehen Mailako Atentzioko Unitateak eta Zumarragako Ospitalea), Beasain, Zumarraga eta Azpeitiko Osasun Mentaleko Zentroak, Donostia Unibertsitate Ospitalea (ospitale tertziarioa), udalen gizarte-zerbitzuak eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren Gizarte Politikako Departamentua. Esparru-prozedura gisa ezartzen da, eta helburua da gero udalerri bakoitzaren ezaugarrietara egokitzea.

Zerbitzu-erakunde eta organizazio sinatzaileek konpromisoa hartzen dute beraien ardurapeko esparruan dauden herritarren atentzio-beharrei erantzuteko, diziplinarteko esku-hartzeak eginez nork bere zerbitzu-zorroaren bidez, modu integralean erantzute aldera herritarren beharrei, haien ingurune sozial ohikoan ahal dela, arin eta era koordinatuan betiere, bikoiztasunak eta asistentzia-hutsuneak saihestuta, atentzioak aurrera jarraituko duela bermatzeko.

II.- HELBURUAK

- Komunitate-esparruan kasuak detektatu eta atenditzeko orduan, lehen mailako atentzio sanitarioko, atentzio sozialeko (osasun-zentroak eta gizarte-zerbitzuen



zentroak) eta osasun mentaleko zentroetako profesionalen artean dauden koordinazio- eta lankidetza-jardunbide egokiak finkatu eta hedatzea.

- Bi zerbitzuen –sanitarioaren eta sozialaren– esku-hartzea behar duten kasuak detektatzeko komunikazio-procedura bateratu bat egitea.
- Pazientea ospitalean den bitartean goiz detektatzea zaurgarritasun sozialeko egoerak, eta ziurtatzea ospitaleko alta hartu eta gero ere atentzio soziosanitarioa jasotzen segituko duela Lehen Mailako Osasun Atentzioaren eta Gizarte Zerbitzuen bidez.
- Zerbitzu horietako profesionalen artean analisi bateratuko praktikak abiatzea eta kasuetarako jarduera-plan pertsonalizatuak egitea.
- Larrialdiko atentzioa behar duten kasuetan, modu koordinatuan jarduteko prozedurak osatzea.
- Ezarritako protokoloak nola betetzen diren aztertzea eta protokolo horietatik sortutako jardunbideen ebaluazio jarraitua egitea, bermatzeko etengabe hobetuz joango direla eta etorkizunean protokolo batzuk egingo direla komunitate-esparruko atentzio soziosanitarioa behar duten pertsonen esku-hartze diziplinarteko eta integralak jorratzeko.

III.- IRISMENA

Irizpide orokor gisa, hauengana iritsi beharko luke Koordinazio Protokoloak: "**Beren arazo edo arrisku-egoera modu eraginkorragoa konpontzeko osasun-sistemaren eta gizarte-zerbitzuen esku-hartze bateratua behar duten pertsona eta familia guztiengana**".

Maila operatiboan, honako pertsona-multzoak eta jarduteko egoera lehentasunezkoak zehaztu daitezke:

1. Mendekotasun funtzionalen bat –fisikoa edota psikikoa– izan eta bakarrik bizi diren edo laguntzarik ez duten helduak.
2. Egoera zaurgarrian eta arriskuan bizi eta osasun-arazoak dituzten helduak, bakarrik bizi direnak edo laguntzarik ez dutenak.
3. Laguntzarik gabe eta abandonatuta bizi diren helduak, atentzio sanitarioa edota gizarte-laguntza onartzen ez dutenak, horrek beren segurtasuna eta betterena arrisku larrian jartzen duelarik.
4. Adinekoak edota ezinduak egoki tratatu ez dituzten egoerak, edo zaintzaileek berek gaizki tratatu dituztenak.
5. Gaixotasun mentalen bat izan eta egoera zaurgarrian, mendekoan edo babesgabean dauden pertsonak.
6. Ospitalean egon eta etxera itzultzeko aukerarik ez duten pertsonak, edota ospitaleko altarako laguntza behar dutenak.

7. Ospitaleko alta jaso baina autonomia funtzionalean aldaketa handiak izan dituzten edo babes soziofamiliarrik ez duten pertsonak.
8. Bi zerbitzuetako profesionalek identifikatutako urgentzia soziosanitarioko egoerak, aurretik aipatutako egoeren barruan sar daitezkeenak edo ez.
9. Genero-indarkeriaren biktima (protokolo espezifikoak).
10. Haurren babesgabetasun-egoerak detektatu eta horiei heltzea (protokolo espezifikoak).

IV.- ERAKUNDE INPLIKATUAK

Hona hemen erakunde inplikatuak:

Osakidetza:

- Goierri-Urola Garaiko ESI: Lehen Mailako Atentzioa, Zumarragako Ospitalea
- Donostia Unibertsitate Ospitalea
- Gipuzkoako Ospitalez Kanpoko Osasun Mentala
- Gipuzkoako Osasun Lurralde Ordezkaritza
- Gipuzkoako Foru Aldundia: Gizarte Politikako Departamentua
- Udalen Oinarritzko Gizarte Zerbitzuak

Profesionalak I. eranskinean daude zehaztuta.

V.- ESKU HARTZEKO METODOLOGIA

1.- KASUAREN DETEKZIOA

Honako eragile inplikatu hauetako edozeinek detekta dezake kasua:

Lehen Mailako Atentzioa:

- Udal Gizarte Zerbitzuak: Gizarte-langilea, Etxez Etxeko Atentzio Zerbitzuko (EEAZ) profesionalak.
- Osasun Zentroa: Gizarte-langilea, erizaindegiko langileak, mediku arduraduna, emagina...
- Etengabeko Atentzioko Gunea (EAG)

Zumarragako Ospitalea

- Larrialdietako Zerbitzua: Medikua / Erizaina
- Ospitalizazio-unitatea: erizaindegia – mediku arduraduna
- Lotura-erizaina, loturako gizarte-langilea



Osasun Mentaleko Zentroa

Azpeitiko OMZ
Beasaingo OMZ
Zumarragako OMZ

Donostia Ospitalea

- Larrialdietako Zerbitzua: Medikua
- Ospitalizazio-unitatea: erizaindegia – mediku arduraduna
- Onarpen Zerbitzua

Gizarte Politikako Foru Departamentua:

- Desgaitasunaren eta mendekotasunaren balorazio-, orientazio- eta kalifikazio-atala
- Egoitza-zerbitzuen foru-sarea
- Foru Larrialdien Zerbitzua

2. -KOMUNIKAZIOA

Kasu batean detektatuz gero beste eragile batzuk behar direla hari modu egokian heltzeko, beharrezko zerbitzuetako erreferentziako profesionalekin jarri behar da harremanetan, erabiltzailearen baimenarekin betiere –salbuespen-egoeretan izan ezik–, era bateruan esku hartu ahal izateko.

Beharrezko konfidentzialtasun-neurriak hartuko dira, eta posta elektronikoa eta telefonoa lehenetsiko dira.

Zentroetako eta erakundeetako lan-tresnetako dokumentazioa erabiliko da, eta behar diren txostenak egingo dira.

II. eta III. eranskinetan, datu sanitarioak eta soziofamiliarrak emateko baimenen ereduak daude.

3.- BALORAZIOA

Unean-unean eskura dagoen informazioaren arabera egingo da.

Kasua elkarrekin baloratzeko, informazio beharrezkoa, mugatua, esanguratsua eta ulergarria igorri behar diote profesionalek elkarri, gero esku hartu ahal izateko. Lehen fasean, plantea daiteke berraztertu eta adostea gaur egun profesionalek jaso eta sistematizatzen dituzten eskalak eta informazioa.

Hona hemen proposamen bat, dagokionaren arabera:

- Kidotze-informazioa eta informazio demografikoa
- Erreferentziako profesionalak
- Mendekotasunaren inguruko balorazioak
- Jasotako zerbitzu eta prestazioak (mendekotasun-balorazioaren baremoaren gradua eta maila...)
- Laguntza-sare informala eta harreman soziala



- Etxebizitzaren ezaugarriak
- Egoera funtzionala, kognitiboa, emozionala eta sentsoriala
- Osasun-egoera eta tratamendu klinikoa
- Erizaintza-zainketak
- Egoera ekonomikoa
- Esku hartzeko arrazoia

IV. eta V. eranskinetan daude datu sanitario eta sozialak jasotzeko eredu batzuk.

4.- ESKU HARTZE BATERATUA

Kasua baloratu ondoren, zerbitzu ezberdinako profesionalek elkarrekin esku hartzeko plan bat egingo dute, honako hauek kontuan hartuko dituena:

- Bi sistematan kasua kudeatzeaz arduratuko den profesionala izendatzea.
 - Erabiltzailearen baimena / onarpena.
 - Kasuaren balorazio bateratua, informazioa trukatuz, bilerak eginez, bisitak elkarrekin eginez... edo profesionalek egokitzat jotako jarduerak eginez.
 - Beharrezko baliabideen orientazioa eta antolakuntza.
 - Kasuaren jarraipen-plana, helburuak eta epeak zehaztuta.
- Atenditu beharreko pertsonen behar edota egoera soziosanitarioen arabera hautatuko da zer esku-hartze mota egin.

4.1.- Esku-hartze prebentiboak, atenditu beharreko pertsonen arazo soziosanitarioak prebenitu, era goiztiarrean detektatu eta proaktiboki maneiatzeko egokitze esku-hartzeen mesedegarri direnak eta izan daitezkeen gertaera kaltegarrien ondorioei aurrea hartzen dietenak.

4.2.- Egoera zaurgarri edota mendekoan dagoen pertsonak aurrerantzean ere atentzia jasotzen jarraituko duela bermatzeko esku-hartzeak:

- Egoera horiek non pertsonaren osasunaren eta ingurune soziofamiliarren inguruabarrek eskatzen duten baliabide publiko edo pribatuen informazioa, orientazioa edota tramitazioa, tratamendu integral eta etengabea eskaintzeko, haren bizi-kalitatea hobetze aldera.
- Ospitaletik irten ondoren ere beharrezko asistentzia sanitarioa eta babes soziala jasotzen jarraituko duela bermatzea, eritasunak gaixoari berari eta haren familiari eragin diezazkieken aldaketei aurre egin ahal izateko.

4.3.- Arrisku soziosanitario larrian dauden eta beharbada kautela-neurriak behar dituzten pertsonak babesteko esku-hartzeak.

Honako egoera hauetan esaten dugu pertsona bat babesgabe edo babesgabe geratzeko arrisku handian dagoela: agerian dagoenean ez dela gai bere burua zaintzeko, edota ohartzen ez denean zein arriskutsua den hori bere buruarentzat edo besterentzat, edota behar horiek betetzeko laguntza familiarrik ez duenean edo, laguntza izanik ere, atentzio hori jaso nahi ez duenean.



Egoera hori, funtsean, talde hauetan gertatu ohi da:

- Mendekotasuna izanik laguntzarik gabe eta abandonatuta bizi diren helduak, atentzio sanitarioa edota soziala onartzen ez dutenak eta, beraz, arrisku larrian jartzen dutenak beren segurtasuna eta besterena.
- Adinekoak edota ezinduak egoki tratatu ez dituzten egoerak,edo zaintzaileek berek gaizki tratatu dituztenak.
- Gaixotasun mentalen bat izanik ere bi sistemen edo bietako baten atentzioa jaso nahi ez duten pertsonak, hala beren segurtasuna eta besterena arriskuan jartzen dutenak.
- Genero-indarkeria, haurren babesgabetasuna (horien protokolo espezifikoan arabera jardun behar da)

Babesgabetasun nabariko egoera baten aurrean, baloratu behar da ea arazoa berehala konpondu behar den (**esku-hartze urgentea**) edo posible den egun batzuk atzeratzea (**lehentasunezko esku-hartzea**).

A. Esku-hartze urgenteak:

Hona hemen kasuistika nagusia:

- Egoera zaurgarriaren edota mendekotasun-egoeran dagoen pertsona, arrazoi sanitario urgenteren bat dela-eta atentzioa jaso behar duena eta ez daukana familiaren laguntzarik.
- Mendekotasun-egoeran dagoen pertsona, zeinaren zaintzailea berehalakoan ingresatu behar den ospitalean edo hil egin den.

Erabiliko diren baliabideak sanitarioak, soziosanitarioak edo sozialak izango dira detektatutako beharren arabera, eta, informazioa trukatzean, funtsezkoak izango dira lankidetza eta lastertasuna.

B. Lehentasunezko esku-hartzeak:

Gainerako kasuetan, babesgabetasun-kasutzat jotzen badira betiere, erakunde implikatuek bizkortu egingo dute informazioa jaso eta igortzeko prozesua, baita erabakiak hartzeko ere.

Era berean, konpromisoa hartuko dute beharrezko izapideak arindu eta konponbideak bizkor aplikatzeko.

Zehaztutako bi esku-hartzeetan, izan urgente, izan lehentasunezko, honelako jarduketak egin daitezke:

- Baldin eta, profesionalaren iritziz, detektatutako egoerak ez badu astirik ematen ezarritako koordinazioa martxan jartzeko, berehala hots egin beharko da Larrialdiak Koordinatzeko Zentrora (112) edo Gizarte Zerbitzuetara –bulego-orduetan, Udal Gizarte Zerbitzuetara, eta arratsaldez eta gauez, Gizarte Larrialditarako Foru Zerbitzuetara (GLFZ): 943 22 44 11–.



- Herritar horiek behar bezala babesteko, kasuaren arduradunek orobat ebaluatuko dute ea beharrezkoa den ofizioz jardutea eta Fiskaltzari edo Epaitegiari kasuaren berri ematea (nahi gabeko neurriak), edo Guardiako Epaitegiari, atentzioa behar duten pertsonak edo beste batzuk albait gehien babesteko.

Nahi gabeko ingresu bat egin behar bada, atentzioa emateko beharrezko den baliabidea bideratuko da, erakunde implikatuek adostuta.

Profesional implikatuek egokitzat jotzen badute edo Epaitegiak edo Fiskaltzak hala eskatzen badute, beharrezko txosten mediko eta sozialak igorriko zaizkio berehala Balorazio eta Orientazio Soziosanitarioko Batzordeari, eta horrek erabakiko du zer asistentzia-maila den egokia atentzio jakin hori emateko.

VI.- OSPITALEKO ALTA ONDOKO ZAINKETA SOZIO-SANITARIOEKIN JARRAITZEA:

Ospitalean ingresatutako paziente bati alta ematen zaionean haren egoera funtzionala edota ingurua edota babes familiarra aldatu bada, aurrerantzean ere zaindua izango dela bermatzeko, honako hauek hartuko dira kontuan zehazteko ea etxera itzul daitekeen edo ez: zer gaitasun duen bere burua zaintzeko, zer zaintza sanitario eta sozial behar dituen, eta ea badagoen hari modu egokian emateko moduko laguntza formalik edota informalik.

Ospitaleko profesionalak, Udal Gizarte Zerbitzuekin batera, proiektu bat egingo du alta ondoko zainketak ematen jarraitzeko. Bertan, adierazitako zerbitzu edota baliabideren bat emateko aukera aztertuko da –zeinak indarrean den araudiarekin bat gauzatuko baitira–, eta pazienteak bere egoera pertsonal, familiar eta ekonomikoaren arabera izango du eskubidea zerbitzu edo baliabide horiek erabiltzeko.

1.- ETXERA ITZULTZEA.

Paziente batek etxera itzuli behar badu baina zaurgarritasun soziosanitarioa duela ikusten bada, komunikazio aktiboa abiatuko da oinarrizko gizarte-zerbitzuekin eta osasun-zentroarekin, eta horiek arduratuko dira beharrezko laguntza eta kasuaren jarraipena antolatzeaz.

Etxera itzultzea **balibide edota zerbitzu batzuk** gauzatzearen mende egon daiteke: Etxez Etxeko Atentzio Zerbitzua (EEAZ), Etxeko Zainketak (EZ), prestazio ekonomikoak, laguntza teknikoak.

Aipatutako kasuan, Gizarte Zerbitzuek eta Osasun Zerbitzuek konpromisoa hartzen dute baliabide horiek bizkor izapidetzeko.

Inork **laguntza-materiala** behar badu, honako prozedura honi jarraitu ahalko zaio:

1.- Ikustea ea behar duen produktua badagoen eskualdeko zentro sanitarioan edo sozialean eta ea baden aukerarik hari maileguan uzteko. Hala baldin bada, familiarekin zehaztuko da nola garaiatuko den produktua etxera.

2.- Udalen oinarrizko gizarte-zerbitzuek berehala egin ahal izango diote eskaera Gipuzkoako Foru Aldundiko erreferentziako profesionalari.

VI. eranskinean, eskuragarri dago laguntza-produktuak eskatzeko ereduia.



2.- ETXERA EZ ITZULTZEA:

Norbaitek etxera itzuli ezin badu, zentro sanitarioak eta Udal Gizarte Zerbitzuek baloratu egin beharko dute ea beharrezkoa den baliabide soziosanitario edo sozial bat erabiltzea.

Halakoetan, funtsezkoa izaten da kasua bizkor detektatu eta izapidetza.

2.1- Plaza soziosanitario batera lekualdatzea:

Pazientearen egoera baloratu eta erabakitzetan bada gerontologia-zentroko goi-mailako zainketa sanitarioak jasotzen jarraitu behar duela, bideragarritzat joko da plaza soziosanitario batera lekualdatzea, baldin eta:

- Pazientearen profila bat badator plaza soziosanitario bat eskuratzeko prozeduran deskribatutako profiletan batekin.
- Helburu bideragarri bat zehazten bada, ezarritako baliabidearen eta irizpideen arabera.
- Egiaztatzen bada ez dela bideragarria zainketa horiek etxeen bertan gauzatzea.
- Balorazio eta Orientazio Batzordeari aurkeztuko zaio, ezarritako izapideei jarraituz.

2.2.- Baliabide sozial batera lekualdatzea: behin-behineko egonaldia edo behin betiko plaza gerontologia-zentro batean.

A. Behin-behineko egonaldia:

Udal Gizarte Zerbitzuek behin-behineko egonaldirako eskaera egingo dute, eta, horretarako, honako hauek aurkeztu behar dira:

- Orientazioaren inguruko **erakunde arteko adostasuna** eta informazioa.
- **RAI egokia.**
- Eskaerari irteera-proiektu bat erantsiko zaio, norberaren etxera edo beste batera itzultzeko pronostikoarekin, edo egoitza batera lekualdatzekoarekin.

B. Behin betiko plaza egoitza batean:

Ospitalean alta eman dioten pertsona bat egoitza batera lekualdatzeko aukera aintzat hartuko da baldin eta:

- Pazienteak eskaera formala egina badu egoitza batean plaza bat lortzeko.
- Eskaeran zehaztutako mendekotasun-egoera eta egokitasuna berberak badira.

Aukera hori gauzatzeko, beharrezko da oinarrizko gizarte-langileekin eta Gipuzkoako Foru Aldundiko erreferentziako teknikariarekin koordinatzea eta elkarrekin jardutea, baloratzeko ea egokia den pertsona hori lekualdatzea eta ea bideragarria den berehala ingresatzea.

VII.- KOMUNITATE ESPARRUA



Protokolo honen beste helburu bat honako hau izango da: komunitate-mailan jarrera sozial proaktibo integratzaileak sustatzea, pertsonak egokitzen eta haiei zaintza integrala emateko laguntzak sor eta bultzadaitezen.

Laguntza naturaleko sare eta sistemak sustatu eta optimizatu beharko dira.

Sare familiarraz gain, aintzat hartu behar da badirela herritar batzuk modu antolatuan (irabazi-asmorik gabeko erakundeak, boluntarioak, elkartea, autolaguntza-taldeak) mesedetu eta bultzatu egiten dutenak pertsonak beren komunitatean geratzea, beren betiko ingurunean; hori lortze aldera, lagun egiteko, harreman sozialak sortzeko, aisiaidirako eta abarretarako esku-hartzeak egiten dituzte, betiere ordainsaririk gabe eta era ez-profesionalean egin beharreko jarduerak eginez.

VIII.- EBALUATZEKO METODOLOGIA.

1.- Jarraipen Batzordea: jarraipen-batzorde bat eratuko da erakundeetako ordezkariekin, eta funtziotz hauetako izango ditu:

- Prozeduren, dokumentuen eta abarren kudeaketa ebaliatzea.
- Bitartekari izatea profesionalen artean desadostasun neurriko edo larria badago.

2.- Proiektua ebaliatzeko adierazleak:

Disfuntzioak detektatuz eta horiek zuzentzeko modua emanet pazienteen beharrei hobeto erantzuteko, izapideak arintzeko, egonaldiak laburtzeko eta abarretarako, honako adierazle hauetako dira jarraipen-sisteman aplikatzeko:

- Zaurgarritasun-zantzuak detektatu zaizkien pazienteen kopurua.
- Sozialki zaurgarriak direla berretsitako pazienteen kopurua.
- Eskatutako laguntza-produktuen kopurua.
- Behin-behineko egonaldieta bideratutako kasuen kopurua.
- Gerontologia-zentro batera bideratutako kasuen kopurua.
- Etxera modu koordinatuan itzulitako kopurua.
- Etxera egindako irteeren kopurua.
- EEAZ aplikatzen den kasuen kopurua.
- Etxeko Zainketak (EZ) aplikatzen diren kasuen kopurua.
- Kasu soziosanitarioen kopurua.
- Ospitaleko egonaldi ertainetara bideratutako kasuen kopurua.

Paziente baten atentzio soziosanitarioa modu eraginkorragoan baloratu eta planifikatzeko, erakundeetako profesionalen eginkizun komun batzuk izango dituzte, eta arin koordinatuko dira elkarrekin:

- Bi erakundeetako antolakuntzan eta profesionalen artean izandako aldaketen berri emanet.
- informazio eguneratua trukatuz gizarte-zerbitzu pribatuei buruz, Etxez Etxeko Atentzio Zerbitzuaz eta abarrez.
- Egonaldi ertainera lekualdatutako pazienteen berri emanet Udal Gizarte Zerbitzuei.
- Osasun-zentro batean edo Udal Gizarte Zerbitzuetan jakiten bada babes soziala behar duen pertsona bat ospitalean ingresatu dutela edo ingresatzekoak direla, ESIko gizarte-



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

langileari edota erreferentziako profesional soziosanitarioari horren berri emanet. Ospitalean ingresatzea aurreikusten duten erabiltzaileek horren berri ematen badiete ere, horiek orientatuko dituzte.

- Ingresua oso denbora laburrean aurreikusten bada, udal gizarte-zerbitzuek berehalako hitzordua emanet ospitaleko gizarte-langileari edota senideei.
- Udal gizarte-langileek ospitaleratuei gero eta bisita gehiago eginez pixkanaka – informazio-prozesuak, balorazio sozialekoak, orientaziokoak eta erabakiak hartzekoak arintzeko– eta saiatuz, ahal den heinean, bisita horiek udal gizarte-langileak eta ospitaleko gizarte-langileak batera egin ditzaten.

I. ERANSKINA: ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAK:

OSAKIDETZA:

1.- Goierri-Urola Garaiko ESI

ARDURADUNA	HARREMANETARAKO
Juana Fernández Refoyo	943 03 50 27
Esther Ortiz de Zarate (Gizarte Langilea)	943 03 50 68

Lehen mailako Atentzioa

LMAU	ARDURADUNA	HARREMA NETARAKO	ZENTROAK
Beasain	Carolina Diez Berruezo	943027700	Beasain, Idiazabal, Segura, Zegama, Mutiloa, Zerain, Ormaiztegi



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

Ordizia	Milagros Iruretagoyena	Garicano	943 007635	Ordizia, Zaldibia	Itsasondo,
Lazkao	Bakarne Lasa Lozares		943 805560	Lazkao, Olaberria, Ataun	
Azpeitia	Ana Errasti Muguruza		943 025400		Azpeitia, Errexil
Azkoitia	Rosa M ^a García Tejado		943 007610	Azkoitia	
Zumarra ga	Miriam Toledano Iglesias M ^a Aranzazu Sáez Ibañez		943 035220	Zumarraga, Ezkio-Itsaso	
Legazpi	Estibaliz Mendizabal Escalante		943035210	Legazpi	

2.- Gipuzkoako Osasun Mentala

OMZ	ARDURADUNA	TELEFONOAN	POSTA ELEKTRONIKOA
Azpeitia	Nieves Olaizola	943 025407	nieves.olaizola@osakidetza.net
Beasain	Asunción Lizarazu	943 886762	Mariaasuncion.lizarazu@osakidetza.net
Zumarra ga	Iñaki Leizeaga	943 721563	INAKI.LEICEAGAUGARTE@osakidetza.net

GIPUZKOAKO FORU ALDUNDIA. GIZARTE POLITIKAKO DEPARTAMENTUA:

ARDURADUNA

HARREMANETARAKO

- Mendekotasunaren eta Desgaitasunaren– Encarna Lázaro Sombrero (112582)
Atentziorako Zerbitzua: – Eukene Zapirain (112581) (Osasun mentala)
- Osasun Mentaleko Atala eta Eremu– Maite Ibarreta (112526) (Behin-behineko Soziosanitarioa egonaldiak)
- Etxeko laguntzaren atala – Isabel Azaola (113198) (Etxeko laguntza)
- Desgaitasuna edota mendekotasuna– Fátima Eizmendi (242672) (Desgaitasuna dutenentzako zentroetako atentzioa – María Arozena (244711) (Adinekoak)
- Duten pertsonak)

II. ERANSKINA: OSAKIDETZAREN DATUAK EMATEKO BAIMENA

BAIMEN IMFORMATUKO ADIERAZPENA (DATUAK EMATEA)



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

IZENA..... jauna/andrea.
ABIZENAK.....

Adina..... NAN zk.: Datu horien jabea naiz, eta jakinarazi didate nahitaezkoa dela nire osasunari buruzko datuak honako honi helaraztea:

.....
jauna/andrea, gizarte-zerbitzuetako gisa. Datu horiek niri dagozkidan eskari/eskaerak eta beharrak kudeatzeko erabiliko dira soilik, eta erakunde horren eskumenekoak diren gaietarako.

Emandako datuak izapidezte jakin honetarako behar direnak dira soil-soilik.

Jakinarazi didate aukera dudala nire datuak emateko baimen hau baliorik gabe uzteko. Aurretik esandakoekin bat, **BAIMENA EMATEN DUT**, Datu Pertsonalak Babesteari buruzko 15/1999 Legearen babesean.

(e)n, 201...(e)koaren(e)an

Sin.:

Zure osasunaren inguruko datuak profesional sanitarioek bakarrik erabili behar dituzte (15/15/1999 Legearen 7.6. art.), konfidentzialtasun zorrotzez erabili ere, eta inolaz ere ezingo dira erabili zu diskriminatzeko edo zuri kalte egiteko.

Arau aplikagarriak:

-15/1999 Legea, abenduaren 13koa, Datu Pertsonalak Babestekoa.

-5/1992 Legea, urriaren 29koa, Datu Pertsonalen Lantze Automatizatua arautzekoa.

-14/1986 Legea, apirilaren 25ekoa, Sanitateari buruzko lege orokorra.

-41/2002 Legea, azaroaren 14koa, Informazio eta Dokumentazio Klinikoaren Arloan Pazientearen Autonomia eta Eskubideak eta Betebeharrok arautzeko oinarritzko legea.



III. ERANSKINA. GIZARTE ZERBITZUEN DATUAK EMATEKO BAIMENA

INFORMAZIO ASISTENTZIALA EMATEKO BAIMENA

IZENA..... jauna/andrea.
ABIZENAK..... NAN
zk.: Datu horien jabea naiz, eta jakinarazi didate nahitaezkoa dela nire egoerari buruzko datuak jaunari/andreari helaraztea. Datu horiek niri dagozkidan eskari/eskaerak kudeatzeko erabiliko dira soilik.
Emandako datuak izapidetze jakin honetarako behar direnak dira soil-soilik.
Jakinarazi didate aukera dudala nire datuak emateko baimen hau baliorik gabe uzteko.
Aurretik esandakoekin bat, BAIMENA EMATEN DUT, Datu Pertsonalak Babesteari buruzko 15/1999 Legearen babesean.
(e)n, 201...(e)koaren(e)an
Sin.:

Zure osasunaren inguruko datuak profesional sanitarioek bakarrik erabili behar dituzte (15/15/1999 Legearen 7.6. art.), konfidentzialtasun zorrotzez erabili ere, eta inolaz ere ezingo dira erabili zu diskriminatzeko edo zuri kalte egiteko.

Arau aplikagarriak:

- 15/1999 Legea, abenduaren 13koा, Datu Pertsonalak Babestekoa.
- 5/1992 Legea, urriaren 29koा, Datu Pertsonalen Lantze Automatizatua arautzekoa.
- 14/1986 Legea, apirilaren 25ekoा, Sanitateari buruzko lege orokorra.
- 41/2002 Legea, azaroaren 14koा, Informazio eta Dokumentazio Klinikoaren Arloan Pazientearen Autonomia eta Eskubideak eta Betebeharak arautzeko oinarritzko legea.



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

IV. ERANSKINA.- PAZIENTE OSPITALERATUAREN DATUAK JASOTZEKO FITXA*

(ospitaleko profesionalek bete beharrekoa)

EGUNA:

DATU PERTSONALAK

DEITURAK ETA IZENA:

OTI: NAN:

JAIOTEguna: TEL.:

HELB.: PK: UDALERRIA:

JATORRIA: ZENTROA:

OSASUN EGOERA

GAIXOTASUN NAGUSIA

LOTUTAKO GAIXOTASUNAK

EGOERA FUNTZIONALA

o AUTONOMOA EUSKARRIEKIN IBILTZEKO GAI

o GURPIL AULKIA OHEA/AULKIA

o Oheratuta

MIKROORGANISMO MULTIERRESISTENTEAK

o BAI EZ

MINIMENTALA

PORTAERAREN NAHASMENDUA

o BAI EZ



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

ERIZAINTZAKO BALORAZIOA

BARTHELEN INDIZEA INGRESATU AURRETIK

BARTHELEN INDIZEA INGRESATZEAN

ERIZAINTZAKO ZAINKETAK

ZUNDA NASOGASTRIKOA	OSTOMIAK
ZUNDA BESIKALA	SERUMA
OXIGENOA	
SENDAKETA BEHAR DU	ULTZERA MAILA
ULTZERAK IZATEKO ARRISKUA	

AUTOZAINKETARAKO GAITASUNA

o BAI EZ

BALORAZIO SOZIALA

EGOERA FAMILIARRA

- o LAGUNTZA EMAN DIEZAIOKETE
- o EZIN DIOTE LAGUNTZA HANDIRIK EMAN



V. ERANSKINA: EGOERA SOZIOFAMILIARRAREN FITXA

Egoera familiarra

Laguntza eman diezaiokete
Ezin diote laguntza handirik eman

Familiak etsi egin du
Familiak baztertu egin du
Ez du familiarik
Behin-behineko egoitzan

Epe laburrera baliabide ekonomiko pribatuak erabiltzeko moduan

Bai
Ez

Bizikidetza

Familia egonkorra
Bakarrik bizi da (zuzeneko senideen ardurapean)
Senideen etxez etxe
2. edo 3. mailako senideekin bizi da, edo senide ez diren pertsonekin, edo tutoretzapeko etxebizitza batean

Adineko batekin bizi da
Etxerik gabe

Harreman familiarren maila	Etxebizitza
Ona Onargarria	Bizigarritasun eta erosotasun baldintza onak
Txarra/harremanik ez	Arkitektura-oztopoak edota leku falta
Tratu txar fisiko edota psikologikoak	Osasuna arriskuan jartzeko moduko bizigarritasun eta higiene baldintzak



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

EGOERA FISIKOA ETA PSIKIKOA

Mendekotasuna eguneroko jarduera oinarrizkoetan ()	Narriadura kognitiboa (2)	Autozainketarako gaitasuna (3)
A L TM	MH EZ AR	E/L BAI EZ

MUGIKORTASUNA

Autonomoa		Eskuarriekin ibiltzeko gai	
Ezin mugitu, behin- behinean		Ezin mugitu, behin betiko	
Gurpil aulkian		Oheratua	



VI. ERANSKINA: GFARI LAGUNTZA TEKNIKOAK ESKATZEA

Eskaera horri osasun-txosten bat erantsiko zaio, honako alderdiei buruzko informazioa duena:

Pazientearen identifikazioa –gaixo terminala bada edo zaintza aringarriak jasotzeko beharrean badago– edota detektatutako beharrak, bai eta Esku-hartze Planaren laburpena ere:

- Egoera funtzionala eta mugitzeko euskarrien beharra, trasnferentziak, oheratze-egoera.
- Pazientearen maneiua zaitzen duten beste alderdi batzuk: gorpuzkera, erortzeko arriskua, egoera kognitiboa.
- Eskarak izateko arriskuari edo eskaren presentziari buruzko beharrezko informazioa.
- Urgentziazko balorazio soziala.
- Nahitaezkotzat jotako beste informazio batzuk.

Laguntza teknikoa ematea:

- *Orientaziorik gabe*: eskaren kontrako lastaira. Eskarak izateko arriskua indizeren baten bidez (Nortonen indizea edo antzekoren bat) egiaztatuta.
- *Telefono bidezko orientazioa*: somierra –orga jasotzaileduna edo gabea–, barandak, trapezioa, dutxako aulkia, eserleku birakaria eta garabia.
- *Aurrez aurreko orientazioa* –ez da urgentzia aplikatzen–: eskarak saihestekoa.

Entregatzeko epeak:

- Telefono bidezko orientazioetan: bost egun.
- Entregetan: zortzi egun.

Entregei dagokienez, aukera dago elementu txikiak biltegitik bertatik jasotzeko eta, horrela, epeak murritzeko.



VIII. ERANSKINA. BARNERATZE-ESKAERAK BALORATZEAN EDO EGOITZA-BALIABIDE SOZIALETAN INGRESATZEKO NAHI GABEKO NEURRIAK HARTZEAN JARDUTEKO PROZEDURA

- Txosten sozial bat egin: txostenaren xedea, egoeraren deskribapena, aurrekariak, egindako esku-hartzeak eta eskatutako neurri zehatzak (barneratzearen balorazioa, Ertzaintzak laguntzea), behin-behineko neurriak (etxea garbitzea, kontuak kontrolatzea, zerbitzuak ordaintza etab.).
- Txosten mediko eguneratu bat eskatu (pertsona bat ez badoa osasun-zerbitzuetara, medikuari txosten bat eskatuko zaio haren etxera bisita egin ondoren). Baldin eta medikuak, pazientearen egoera klinikoa dela eta, beste alternatiba batzuk aplikatzeko aukera ikusten badu pazientearen barneratze-mailari dagokionez (soziala, soziosanitarioa, sanitarioa), kasuaren inguruko konsulta egin ahal izango dio Zumarragako Ospitaleko Onarpen Zerbitzuarri, eta txostenean jasoko du, beharrezkotzat jotzen badu.
- Kasuan-kasuan, udalaren osasun-departamentuak bisita egin dezala eskatu eta, gero, etxebizitzaren bizigarritasunaren inguruko txosten bat eskatu.
- Udalzaingoari eta Ertzaintzari txostenak eskatu egindako esku-hartzeen inguruan.
- Txosten edo informazio garrantzitsua erantsi.
- Epaitegietako dekanotzan espedientea aurkeztu, dagokion epaitegirako.

Azkoitian, 2015eko maiatzaren 22an
ALKATEAK



ANUNCIO

El Ayuntamiento Pleno en sesión celebrada el 21 de mayo de 2015 aprobó el siguiente acuerdo:

PRIMERO.- Aprobar el convenio de colaboración de coordinación sociosanitaria, según el texto recogido en el anexo de este dictamen.

SEGUNDO.- Otorgar a la Alcaldesa de Azkoitia Dña. Urrategi Alberdi Garate el poder para firmar este convenio de colaboración en nombre del Ayuntamiento.

TERCERO.- Publicar este acuerdo en el Boletín Oficial de Gipuzkoa, en el Tablón de Anuncios del Ayuntamiento y en la web del Ayuntamiento de Azkoitia.

INDICE

PROTOCOLO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA 2015

I. INTRODUCCION	4
II. OBJETIVOS	5
III. ALCANCE	6
IV. INSTITUCIONES IMPLICADAS/PROFESIONALES	7
V. METODOLOGIA DE LA INTERVENCIÓN	7
1- Detección del caso	7
2- Comunicación	8
3- Valoración	8
4- Intervención conjunta	9
4.1- Preventivas	
4.2- Continuidad de la Atención	
4.3- Protección a las Personas:	
VI. CONTINUIDAD DE CUIDADOS SOCIOSANITARIOS AL ALTA HOSPITALARIA	12
1- Retorno a domicilio	
2- No retorno a domicilio	
VII. EL AMBITO COMUNITARIO	14



VIII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN 15

**1- Comisión de seguimiento
2- Indicadores de evaluación**

**INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES PARTICIPANTES 17
ANEXOS: 18**

- └ **Anexo I :** Profesionales de referencia
- └ **Anexo II:** Consentimiento cesión de datos de Osakidetza.
- └ **Anexo III:** Consentimiento cesión de datos de Servicios Sociales
- └ **Anexo IV:** Modelo de recogida de datos sanitarios
- └ **Anexo V :** Ficha de recogida de datos socio-familiares

I.- INTRODUCCIÓN

En la CAPV, la Ley 12/2008 de Servicios Sociales establece que “La Atención Sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.”

El presente protocolo pretende regular las situaciones que se producen en la coordinación del espacio sociosanitario, considerando que ambos espacios -el social y el sanitario- afectan a derechos de los ciudadanos que competencialmente deben ser garantizados por distintas Administraciones Publicas.

El espacio sociosanitario es una zona compartida, un área de convergencia entre los dos sistemas constituido por las necesidades simultáneas y /o continuadas de prestaciones sociales y sanitarias destinadas a personas con enfermedad crónica y distintos perfiles de necesidad.

El presente documento pretende establecer un protocolo de coordinación sociosanitaria entre la OSI Goierri-Alto Urola (Unidades de Atención Primaria y Hospital de Zumarraga), los Centros de Salud Mental de Beasain, Zumarraga y Azpeitia, el Hospital Universitario Donostia (hospital terciario), los servicios sociales municipales y el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Se establece como procedimiento marco, con el objetivo de adaptarlo a las características de cada uno de los municipios.

Las instituciones/organizaciones de servicios firmantes, se comprometen a responder a las necesidades de atención de las personas en su ámbito de responsabilidad, interviniendo a través de sus respectivas carteras de servicios mediante intervenciones inter disciplinarias que responda de manera integral, a las necesidades de



las personas, preferentemente en su entorno social habitual, de forma ágil y coordinada, para garantizar la continuidad de la atención evitando duplicidades y vacíos asistenciales.

II.- OBJETIVOS

- Consolidar y extender las buenas prácticas de coordinación y colaboración existentes entre profesionales de atención primaria sanitaria y social (centro de salud y centro de servicios sociales) y centros de salud mental en la detección y atención de casos en el ámbito comunitario.
- Elaborar un procedimiento conjunto de comunicación en la detección de casos necesitados de abordaje por parte de los dos servicios (sanitario y social).
- Detectar precozmente durante la hospitalización, las situaciones de fragilidad social y asegurar la continuidad de la atención sociosanitaria tras el alta hospitalaria con Atención Primaria de Salud y los Servicios Sociales.
- Iniciar prácticas de análisis conjunto y elaboración de planes de actuación personalizados de casos entre profesionales de estos servicios.
- Elaborar procedimientos para el abordaje coordinado de actuaciones ante casos que requieren atención urgente.
- Realizar un seguimiento del cumplimiento de los protocolos establecidos y una evaluación continua de las prácticas derivadas de los mismos para garantizar su mejora continua, y en el futuro la elaboración de protocolos que aborden intervenciones interdisciplinares e integrales de las personas necesitadas de atención sociosanitaria en el ámbito comunitario.

III.- ALCANCE

Como criterio general, el alcance del Protocolo de Coordinación debería ser para **“Todas las personas/familias que necesitan el abordaje conjunto del sistema de salud y el de servicios sociales para la resolución más eficaz de su problema o situación de riesgo”**.

A nivel operativo se pueden identificar los siguientes grupos de personas o situaciones preferentes de actuación:

1. Personas adultas en situación de dependencia funcional (física y/o psíquica) que viven solas o que no cuentan con apoyos.
2. Personas adultas en situación de fragilidad y riesgo, con problemas de salud, que viven solas o que no cuentan con apoyos.

3. Personas adultas sin apoyos que viven en situación de abandono comprometiendo seriamente su seguridad y la de terceros y que no aceptan la atención sanitaria y/o social.
4. Trato inadecuado de personas mayores y/o discapacitadas o maltrato por parte de sus cuidadores.
5. Personas con enfermedad mental en situación de fragilidad, dependencia o desprotección
6. Personas hospitalizadas sin posibilidad de retorno a domicilio y/o con necesidad de recurso de apoyo para el alta hospitalaria.
7. Personas dadas de alta hospitalaria con cambios significativos en el nivel de autonomía funcional con o sin apoyo sociofamiliar.
8. Situaciones de urgencia sociosanitaria, identificadas por los profesionales de ambos servicios y que pueden o no englobarse en cualquiera de las situaciones anteriores.
9. Víctimas de violencia de género (Protocolos específicos)
10. Detección y abordaje de las situaciones de desprotección infantil.(Protocolo específico)

IV.- INSTITUCIONES IMPLICADAS

Las Instituciones implicadas son:

- └ Osakidetza:
 - OSI Goierri-Alto Urola: Atención Primaria , Hospital de Zumarraga
 - Hospital Universitario Donostia
 - Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa
- └ Delegación Territorial De Salud Gipuzkoa
- └ Diputación Foral de Gipuzkoa : Departamento de Política Social
- └ Servicios Sociales de Base Municipales

Respecto a los profesionales se recogen el Anexo I.

V.- METODOLOGIA DE LA INTERVENCION

1.- DETECCIÓN DEL CASO

La detección del caso puede ser realizado por cualquiera de los agentes implicados:



Atención primaria:

- └ Servicios sociales Municipales: Trabajador/a Social, profesionales de SAD.
- └ Centro de Salud: Trabajadora Social, Enfermería, médico responsable, matrona...
- └ Punto de Atención Continuada (PAC)

Hospital de Zumarraga

- └ Servicio de Urgencias: Médico/Enfermería
- └ Unidad de hospitalización: enfermería – médico responsable
- └ Enfermera de enlace, Trabajadora social de enlace

Centros de Salud Mental

CSM de Azpeitia
CSM de Beasain
CSM de Zumarraga

Hospital Donostia

- └ Servicio de Urgencias: Médico
- └ Unidad de hospitalización: enfermería – médico responsable
- └ Servicio de Admisión

Departamento Foral de Política Social:

- └ Sección valoración, orientación y calificación de discapacidad y dependencia
- └ Red foral de servicios residenciales
- └ Servicio de Urgencias Forales

2. -COMUNICACIÓN

Ante la **detección de un caso** en el que se necesite de otros agentes para su adecuado abordaje, se procederá con el consentimiento de la persona usuaria (salvo en situaciones excepcionales) a comunicarse con los/as profesionales de referencia establecidos de los servicios necesarios para afrontar de forma conjunta la intervención.

Se guardarán las medidas de confidencialidad necesarias, y se priorizará la utilización del correo electrónico así como el teléfono.

La documentación a utilizar será la que está integrada en las herramientas de trabajo de los centros y/o instituciones y se elaborarán los informes necesarios.

Anexos II y III modelos de consentimiento de cesión de datos sanitarios y socio-familiares.

3.- VALORACIÓN



Se realizará en base a la información disponible en cada momento.

La valoración conjunta del caso requiere un intercambio de información necesaria, acotada, significativa y transmitida de manera comprensible entre los/as profesionales que permita una posterior intervención. En una primera fase, se puede plantear revisar y consensuar las escalas e información que actualmente se recoge y sistematiza por los profesionales.

A modo de propuesta, y según proceda:

- Información de filiación y demográfica
- Profesionales de referencia
- Valoraciones de Dependencia
- Servicios y prestaciones que recibe (BVD grado y nivel...)
- Red de apoyo informal y relación social
- Características de la vivienda
- Estado funcional, cognitivo, emocional y sensorial
- Estado de salud y tratamiento clínico
- Cuidados de enfermería
- Situación económica
- Motivo de la intervención

Algunos modelos de recogida de datos Sanitarios y sociales re proponen en los Anexos IV y V.

4.- INTERVENCIÓN CONJUNTA

Tras la valoración del caso, se elaborará entre los profesionales de los diferentes servicios un plan conjunto de intervención, que contemplará:

- Designación del/la profesional responsable de la gestión de caso en ambos sistemas.
- Consentimiento / aceptación por la persona usuaria
- Valoración conjunta del caso: mediante intercambio de información, reuniones, visitas conjuntas...ó aquellas actuaciones que los profesionales consideren oportunas.
- Orientación y articulación de los recursos necesarios.
- Plan de seguimiento de caso donde constarán los objetivos y plazos

El tipo de intervenciones estará en función de las necesidades/situaciones sociosanitarias que presentan las personas a atender.

4.1.- Intervenciones preventivas que favorezcan intervenciones adaptativas de cara a la prevención, detección precoz y manejo proactivo de problemas sociosanitarios de las personas objeto de atención, y que se anticipen las consecuencias de posibles eventos adversos.

4.2.- Intervenciones que garanticen la **continuidad de la atención** de la persona en situación de fragilidad y/o dependencia:

- Situaciones en las que las circunstancias de salud y del entorno sociofamiliar de la persona requieren de información, orientación y/ o tramitación de recursos públicos y/o privados para ofrecer un tratamiento integral y continuado con el fin de mejorar su calidad de vida.
- Garantizar la continuidad en la asistencia sanitaria y el apoyo social necesario a la salida del hospital para que afronten los cambios que la enfermedad pueda ocasionarles, tanto a ellos como a sus familias.

4.3.- Intervenciones con la finalidad de **protección a personas** en situación de alto riesgo sociosanitario, que pueden requerir medidas cautelares.

Consideramos como desprotección o alto riesgo de desprotección aquellas situaciones en las que las personas evidencian falta de capacidad de autocuidado , y/o no son conscientes del riesgo para si mismos o para otros de lo que esto supone, y/o no existe apoyo familiar que pueda cubrir estas necesidades o aun existiendo presenta negativa a ser atendido.

Esta situación fundamentalmente se puede producir en los siguientes grupos:

- Personas adultas dependientes sin apoyos que viven en situación de abandono comprometiendo seriamente su seguridad y la de terceros y que no aceptan la atención sanitaria y/o social.
- Trato inadecuado de personas mayores y/o con discapacidad o maltrato por parte de sus cuidadores.
- Personas con enfermedad mental resistentes a recibir atención de ambos sistemas o de alguno de ellos y en el que esta comprometida su seguridad y la de terceros.
- Violencia de género, desprotección infantil (actuación en función de los protocolos específicos existentes)

Ante una situación de evidente riesgo de desprotección hay que valorar si el problema debe de ser resuelto de manera inmediata adquiriendo el carácter de intervención urgente o puede demorarse días, siendo una **intervención de carácter preferente**.

A. Intervenciones de carácter Urgente:

La casuística predominante será:

- └ Persona en situación de fragilidad y/o dependencia que por un motivo sanitario urgente precisa atención y no cuenta con apoyos familiares.
- └ Persona en situación de dependencia, cuyo cuidador de forma urgente precisa un ingreso hospitalario o fallece.



Los recursos que se articulen serán de carácter sanitario, sociosanitario o social en función de las necesidades detectadas, siendo clave la colaboración y la rapidez en el intercambio de información.

B. Intervenciones de carácter Preferente:

En el resto de los casos, siempre que sean considerados como casos de desprotección las instituciones implicadas agilizarán la recogida y traslado de información así como la toma de decisiones.

A su vez se comprometen a agilizar los trámites necesarios y articular soluciones con celeridad.

En cualquiera de las dos intervenciones señaladas, de carácter urgente o preferente, pueden generarse actuaciones tales como:

- Si, a juicio del profesional, la situación detectada no permite esperar el tiempo necesario para la coordinación establecida se procederá a llamar, sin mayor dilación, al Centro de Coordinación de Emergencias (112) o a los Servicios Sociales (En horario de oficina servicios Sociales Municipales, y horario de tarde, noche Servicios Sociales Forales de Urgencia SFUS – 943 22 44 11).
- Para la adecuada protección de esta población, los responsables de caso evaluarán también la necesidad de actuar de oficio y de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal o el Juzgado (medidas involuntarias) o Juzgado de guardia, con el fin de proteger al máximo a las personas necesitadas de atención o a terceros.

Cuando deba promoverse una solicitud de ingreso involuntario se orientará, de manera consensuada entre las instituciones implicadas, el recurso que se considere necesario para su atención.

Si los profesionales implicados lo consideran oportuno o si es requerido por el Juzgado o Ministerio Fiscal se remitirán los informes médicos y sociales pertinentes, por vía urgente a la Comisión de valoración y Orientación Sociosanitaria quien consensuará el nivel asistencial adecuado para su atención.

VI.- CONTINUIDAD DE CUIDADOS SOCIOSANITARIOS AL ALTA HOSPITALARIA:

Con el objeto de promover la garantía de cuidados en pacientes ingresados que son dados de alta hospitalaria, en los que se ha modificado su situación funcional y/o su entorno y/o apoyos familiares, se valorará la capacidad de retorno a domicilio en función de la capacidad de autocuidado de la persona, la necesidad de cuidados sanitarios y sociales que presenta y la existencia o no de apoyos formales y/o informales para prestarlos de manera adecuada.

El profesional del centro hospitalario conjuntamente con los SS.SS Municipales hará un proyecto de continuidad de cuidados, donde puedan contemplarse la prestación de alguno de los servicios y/ o recursos señalados, que formalizarán conforme a la normativa vigente y a los que tendrá derecho de acuerdo con su situación personal, familiar y económica.



1.- RETORNO A DOMICILIO.

En los casos de retorno a domicilio en los que se considere al paciente en situación de fragilidad sociosanitaria, se articulará una comunicación activa con el centro de salud y servicios sociales de base desde donde se articularán los apoyos necesarios y el seguimiento del caso.

El retorno a domicilio puede estar supeditado a la articulación de **recursos y/o servicios**: SAD, CD/ prestaciones económicas, ayudas Técnicas.

Los Servicios Sociales y sanitarios se comprometen a dar celeridad a la tramitación de estos recursos en el citado supuesto.

Si precisa **material de apoyo** se puede proceder de la siguiente manera.

1.- Determinar si existe el producto requerido en el centro sanitario o social de la comarca y si se puede facilitar en préstamo. En este caso se concretará con la familia cómo realizar el transporte del mismo al domicilio.

2.- Desde los servicios sociales de base municipales se podrá formalizar solicitud de forma urgente al profesional de referencia de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

En el Anexo VI. Se recoge el modelo de Solicitudes de productos de apoyo.

2.- NO RETORNO A DOMICILIO:

En los casos en los que el retorno a domicilio no sea posible se valorará desde el centro Sanitario junto con los Servicios Sociales Municipales la necesidad de un recurso Sociosanitario o un recurso de carácter social.

La agilidad en la detección y trámite de estos casos es un factor determinante.

2.1.- Traslado a plaza sociosanitaria:

Cuando en la valoración del paciente se dictamine la necesidad de continuidad de cuidados sanitarios de nivel superior al que se presta en un centro gerontológico, se considerará viable el traslado a una plaza sociosanitaria siempre que:

- El perfil del paciente coincide con alguno de los descritos en el procedimiento de acceso a plaza sociosanitaria.
- Se determine un objetivo viable, de acuerdo al recurso y los criterios establecidos.
- Se constate la falta de viabilidad de articular estos cuidados en el propio domicilio.
- Se presentará a la Comisión de Valoración y Orientación siguiendo los trámites establecidos.



2.2 Traslado a recurso social: Estancia Temporal ó plaza definitiva en Centro Gerontológico.

A. Estancia Temporal:

Los Servicios Sociales Municipales realizarán solicitud de Estancia Temporal, para lo cual se aportará:

- Información y **consenso interinstitucional en la orientación.**
- **RAI Apto.**
- Se adjuntará en la solicitud un proyecto de salida, con pronóstico de retorno al domicilio propio u otro, o de traslado a plaza residencial.

B. Plaza Residencial definitiva:

Se considerará la posibilidad de traslado al alta hospitalaria a una plaza residencial siempre que:

- El paciente tenga formalizada una solicitud de plaza de residencial.
- La situación de dependencia y aptitud que consta en la solicitud se mantenga.

Esta posibilidad requiere de coordinación con las trabajadoras sociales de base y el técnico de referencia de Diputación Foral de Gipuzkoa y se actúe conjuntamente, para valorar la idoneidad del traslado y la viabilidad del ingreso inmediato.

VII.- EL AMBITO COMUNITARIO

Será también objeto de este protocolo promover actitudes sociales proactivas e integradoras a nivel comunitario que generen o potencien ayudas para el ajuste y cuidado integral de las personas.

Se deberá fomentar y optimizar las redes y sistemas de apoyo natural.

Además de la red familiar, es necesario reconocer la existencia de ciudadanos, que de forma organizada (organizaciones sin ánimo de lucro, voluntariado, asociaciones, grupos de autoayuda), favorecen y promueven la permanencia de las personas en su comunidad, en su entorno habitual, mediante intervenciones dirigidas al acompañamiento, relaciones sociales, ocio,... siempre mediante el desarrollo de tareas que no deban ser prestadas de manera remunerada y por profesionales.

VIII.- METODOLOGIA DE EVALUACION.

1.- Comisión de seguimiento: se creara una comisión de seguimiento formada por representantes de las instituciones, con función:

- Evaluadora, de la gestión de los procedimientos, documentos, etc.



- Mediadora, en situaciones de moderada o grave discrepancia entre los profesionales.

2.- Indicadores de evaluación del proyecto:

Con el objeto de mejorar las respuestas a las necesidades del paciente, agilizar los trámites, reducir las estancias, etc., detectando las disfunciones y posibilitando su corrección, se acuerdan como indicadores a aplicar en el sistema de seguimiento los siguientes:

- N° de pacientes detectados con indicios de fragilidad.
- N° de pacientes con confirmación de situación de fragilidad social.
- N° de productos de apoyo solicitados.
- N° de casos derivados a estancias temporales.
- N° de casos derivados a Centro Gerontológico.
- N° de retornos coordinados a domicilio
- N° de salidas a domicilio.
- N° de casos que se articula SAD
- N° de casos que se articula CD.
- N° de casos sociosanitarios.
- N° de casos derivados a media estancia hospitalaria.

Con el fin de lograr mayor eficacia en la valoración y planificación de la atención sociosanitaria de un/a paciente, los/as profesionales de las diversas instituciones, realizarán unas **tareas comunes** y se **coordinarán** de forma **ágil**:

- Informando de los cambios organizativos y de profesionales que se produzcan en ambas organizaciones.
- Intercambiando información actualizada, sobre servicios sociales privados, SAD, etc.
- Comunicando a los Servicios Sociales municipales los traslados de pacientes a media estancia.
- Informando a la Trabajadora social de la OSI y/o profesional referente sociosanitario Comunicando, cuando se conoce, en el Centro de Salud o en los Servicios Sociales municipales, que está previsto o se ha realizado el ingreso hospitalario de alguna persona con necesidades de apoyo social. También orientarán a los usuarios/as que les informen cuando tengan previsto un ingreso hospitalario.
- Facilitando, los Servicios Sociales municipales a la Trabajadora Social hospitalaria y/o familiares, cita urgente, en situaciones en que la previsión del ingreso sea muy corto.
- Aumentando paulatinamente las visitas de las Trabajadoras Sociales municipales a las personas hospitalizadas para agilizar los procesos de información, valoración



social, orientación y toma de decisión, procurando, en la medida de lo posible, realizar estas visitas de forma conjunta entre la Trabajadora Social municipal y la Trabajadora Social hospitalaria.

**ANEXO I: PROFESIONALES DE REFERENCIA:
OSAKIDETZA:**

1.- OSI Goierri-Alto Urola RESPONSABLE	CONTACTO
Juana Fernández Refoyo	943 03 50 27
Esther Ortiz de Zarate (Trabajadora social)	943 03 50 68

Atención Primaria UAP	RESPONSABLE	CONTACTO	CENTROS
Beasain	Carolina Díez Beruezo	943 027700	Beasain, Idiazabal, Segura, Zegama, Mutiloa, Zerain, Ormaiztegi
Ordizia	Milagros Garicano Iruretagoyena	943 007635	Ordizia, Itsasondo, Zaldibia
Lazkao	Bakarne Laso Lozares	943 805560	Lazkao, Olaberria, Ataun
Azpeitia	Ana Errasti Muguruza	943 025400	Azpeitia, Errezil
Azkotia	Rosa Mª García Tejado	943 007610	Azkotia
Zumarraga	Miriam Toledo Iglesias	943 035220	Zumarraga, Ezkio-Itsaso
Legazpi	Mª Aranzazu Sáez Ibañez Estibaliz Mendizabal Escalante	943 035210	Legazpi

**DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA.
DEPARTAMENTO DE POLÍTICA SOCIAL:
RESPONSABLE**

- | | |
|--|--|
| – Servicio de Atención a la Dependencia y discapacidad: | – Encarna Lázaro Sombrero (112582) |
| – Sección de Salud Mental y Área Sociosanitaria | – Eukene Zapirán (112581) (Enfermedad Mental) |
| – Sección de apoyo en domicilio | – Maite Ibarreta (112526) (Estancias Temporales) |
| – Atención en centros para personas con discapacidad y/o dependencia | – Isabel Azaola (113198) (Apoyos en Domicilio) |
| | – María Arozena (244711) (Personas mayores) |
| | – Fátima Eizmendi (242672) (Personas con discapacidad) |

ANEXO II: CONSENTIMIENTO CESIÓN DE DATOS OSAKIDETZA

D./Dª NOMBRE.....



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

APELLIDOS....., de..... años de edad, con D.N.I. nº, he sido informado de la necesidad de que los datos relativos a mi salud sean comunicados a D./D^a.....

como..... de los Servicios Sociales, a los solos efectos de poder gestionar las demandas/solicitudes, necesidades relativas a mi persona y para lo que es competente dicha Institución.

Los datos cedidos serán única y exclusivamente los necesarios para esta tramitación específica.

He sido informado de que este consentimiento para la comunicación de mis datos tiene carácter revocable.

Según lo anterior, **EXPRESO MI CONSENTIMIENTO** al amparo de la Ley 15/1999 sobre protección de datos de carácter personal.

,dede 20

Fdo.:

Se le informa que los datos relativos a su salud deben ser tratados únicamente por profesionales sanitarios (art. 7.6 de la Ley 15/15/1999) bajo criterio de estricta confidencialidad y sin que, en ningún caso, puedan usarse con fines discriminatorios, ni en su perjuicio.

Normativa aplicable:

- Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

ANEXO III. CONSENTIMIENTO DE CESIÓN DE DATOS DE SERVICIOS SOCIALES CONSENTIMIENTO PARA LA INFORMACION ASISTENCIAL

CONSENTIMIENTO PARA LA INFORMACION ASISTENCIAL

D./D^aNOMBRE.....

APELLIDOS....., con
D.N.I. nº , he sido informado de la necesidad de que los
datos relativos a mi situación sean comunicados a
D/D^a..... a los
solos efectos de poder gestionar las demandas/solicitudes,
.....relativas a mi persona.

Los datos cedidos serán única y exclusivamente los necesarios para esta tramitación específica.

He sido informado de que este consentimiento para la comunicación de mis datos tiene carácter revocable.

Según lo anterior, EXPRESO MI CONSENTIMIENTO al amparo de la Ley 15/1999 sobre protección de datos de carácter personal.

,dede 20....

Fdo.:

Se le informa que los datos relativos a su salud deben ser tratados únicamente por profesionales sanitarios (art. 7.6 de la Ley 15/1999) bajo criterio de estricta confidencialidad y sin que, en ningún caso, puedan usarse con fines discriminatorios, ni en su perjuicio.

Normativa aplicable:

- Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

ANEXO IV.- FICHA RECOGIDA DE DATOS DE PACIENTE HOSPITALIZADO*

(a llenar por profesionales del hospital)

FECHA:

DATOS PERSONALES

APELLLIDOS Y NOMBRE:

TIS: DNI:

FN: TFNO:

DOM: CP: MUNICIPIO:

PROCEDENCIA: CENTRO:

SITUACIÓN MÉDICA

ENFERMEDAD PRINCIPAL

ENFERMEDADES ASOCIADAS

ESTADO FUNCIONAL

- AUTONOMO RCHA CON APOYOS
- SILLA DE RUEDAS CAMA/SILLA
- Encamado

MICRORORGANISMOS MULTIRESISTENTES

- SI NO

MINIMENTAL

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

- SI NO

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

BARTHEL ANTES DEL INGRESO

BARTHEL INGRESO

CUIDADOS DE ENFERMERIA



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

SONDA NASOGASTRICA

OSTOMIAS

SONDA VESICAL

SUERO

OXIGENO

PRECISA CURA

GRADO ULCERA

RIESGO DE ULCERAS

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

- SI
- NO

VALORACIÓN SOCIAL

SITUACIÓN FAMILIAR

- PUEDEN ATENDERLO
- FAMILIA CON CAPACIDAD LIMITADA DE APOYO



**ANEXO V: FICHA SITUACION
SOCIO-FAMILIAR** Situación Familiar

Pueden atenderlo
Capacidad limitada de apoyo

Claudicación familiar
Rechazo familiar
No tiene familia

En residencia temporal

Disponibilidad económica de utilización recursos privados a corto plazo

Si
No

Convivencia

Con familia estable
Vive sol@, familiares directos responsables
Rota por domicilios familiares
Vive con familiares de 2º o 3º grado, o no familiares o V. Tutelada

Vive sol@

Vive con persona mayor
Indomiciliado

Grado de relación familiar

Bueno
Aceptable
Malo/Sin relación

Maltrato físico y/o psicológico

Vivienda

Buenas condiciones de habitabilidad y confort
Barreras arquitectónicas y/o falta de espacio
Equipamientos generales insuficientes
Condiciones de habitabilidad e higiene que pueden comprometer la salud

Usuario Recurso Social

SAD C.D.

PEVS

PECE

PEAS

Percibe prestación económica

SITUACION FISICA-PSIQUICA

Deterioro cognitivo (2)

Capacidad de autocuidado (3)

Dependencia para las ABVD ()

A S DI DG NO LV M/G SI NO

MOVILIDAD: Autónomo
Sin movilidad temporal
Silla de ruedas

Movilidad con apoyos
Sin movilidad permanente
Encamado



ANEXO VI: SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS A LA DFG

En dicha solicitud se incluirá un informe de salud en el que se especifique información sobre los siguientes aspectos:

Identificación del paciente (si fuera paciente terminal o en situación de recibir cuidados paliativos) y/o necesidades detectadas así como resumen del Plan de Intervención:

- Situación funcional y necesidad de apoyos para movilidad, transferencias, situación de encamamiento.
- Otros aspectos que dificulten el manejo del paciente: corpulencia, riesgo de caídas, situación cognitiva.
- Información pertinente sobre riesgo de escaras o presencia de las mismas,
- Valoración social de urgencia.
- Otras informaciones que se consideren necesarias.

Concesión de la **ayuda técnica**:

- *Sin orientación*: el colchón antiescaras. Acreditando mediante un índice (Norton o asimilable) el riesgo de escaras.
- *Con orientación telefónica*: somier con o sin carro elevador, barandillas, trapecio, silla de ducha, asiento giratorio y grúa.
- *Con orientación presencial* (no se aplica la urgencia): salva escaras

Plazos de entrega:

- En las orientaciones telefónicas: cinco días.
- En las entregas: ocho días.

Respecto a las entregas, existe la posibilidad recoger en almacén los elementos de dimensiones reducidas, reduciendo así los plazos establecidos.



AZKOITIKO UDALA
AYUNTAMIENTO DE AZKOITIA

ANEXO VIII: PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA VALORACIÓN SOLICITUD DE INTERNAMIENTO O MEDIDAS INVOLUNTARIAS PARA INGRESO EN RECURSOS SOCIALES RESIDENCIALES

- Elaboración de Informe Social: objeto del informe, descripción de la situación, antecedentes, relato de las intervenciones realizadas y medidas concretas solicitadas (internamiento valoración, acompañamiento Ertzaintza), medidas provisionales (limpieza domicilio, control de cuentas, pago servicios, etc.).
- Solicitud de informe médico actualizado (en caso de que la persona no acuda a los servicios de salud, se le solicitará al medico un informe tras la visita domiciliaria médica). En el caso en que el médico, por la situación clínica del paciente, considere posibles otras alternativas en cuanto al nivel de internamiento del paciente (social, Sociosanitario, sanitario) puede proceder a consultar el caso con el servicio de Admisión del Hospital de Zumárraga y lo registrará en el informe si lo considera necesario.
- En su caso, solicitud de visita del departamento de sanidad municipal y posterior informe sobre la habitabilidad del domicilio.
- Solicitud de informes a Guardia Municipal y Ertzaintza sobre intervenciones realizadas.
- Adjuntar informes o información relevante
- Entregar el expediente en el Decanato de los juzgados para el Juzgado correspondiente.

Azkoitia, a 22 de mayo de 2015
LA ALCALDESA