
Proyecto Etxean Ondo

Mejora de la atención domiciliaria y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores.

«Construir y aplicar un modelo de atención integral centrado en la persona para seguir viviendo en su hogar y desarrollar su proyecto de vida»

Equipo de trabajo:

Miguel Leturia

Amagoia Muruamendiaraz

Judith Salazar

Alberto Uriarte

Aitziber Indart

Eneko Goiburu

Dirección Técnica: Pilar Rodríguez. Fundación

Pilares para la Autonomía Personal

Dirección Proyecto Etxean Ondo: Mayte Sancho

Objetivos generales

- Que las personas mayores con necesidad de **apoyos** y atención y sus familias cuidadoras los reciban de **manera integral, coordinada y continuada** y en las mejores condiciones para su bienestar y calidad de vida.
- Que mediante estas experiencias piloto, que utilizan metodologías como gestión de casos, atención integral y centrada en la persona, se **genere conocimiento sobre la eficacia y eficiencia** del modelo aplicado.

El modelo de Atención

Etxean Ondo es un proyecto piloto que pretende aplicar el **Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona MACP**, orientado a “conseguir mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su **dignidad y derechos**, de sus **intereses y preferencias**, y contando con **su participación**”.

Ley 12/2008, 5 de Diciembre, de Servicios Sociales

Artículo 7. Principios

f) Atención personalizada e integral y continuidad de la atención

Artículo 8. Modelo Atención

c) Diseñara el tipo de intervención adecuada a cada caso....., deberá elaborarse con la participación de la persona...

El Proyecto Piloto Etxean Ondo se presentó al **Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Gipuzkoa**, siendo aprobado por el mismo a fecha 18 de Julio de 2012.



**DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEL ÁREA SANITARIA DE GIPUZKOA**

D. JOSÉ IGNACIO EMPARANZA KNÖRR, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Gipuzkoa,

CERTIFICA

Que este Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Gipuzkoa ha recibido el Proyecto de Investigación titulado:

“PROYECTO PILOTO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y LA INCLUSIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CINCO MUNICIPIOS DE GIPUZKOA”

Y ha decidido Aprobarlo pero se les pide que revisen la tabla de la página 3 del documento “Documento de trabajo EO”, porque se repiten los criterios del perfil 1 y 2, cuando en teoría deberían ser diferentes.

Lo que firmo en San Sebastián, a 18 de Julio de 2012

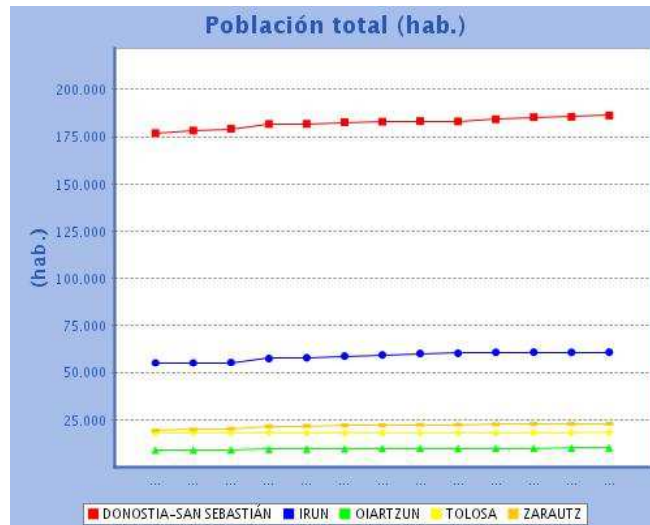
Fdo: José Ignacio Emparanza

Presidente del CEIC del
Hospital Donostia

Fases del Proyecto

- 1. Delimitación de los territorios
- **2. Elaboración del diagnóstico de situación**
- 3. Redacción del proyecto y del material de apoyo metodológico.
- **4. Diseño muestral, perfiles y criterios de inclusión**
- 5. Diseño software de recogida y tratamiento de datos
- **6. Alianzas y acuerdos con los servicios sociales municipales y servicios sanitarios comarcales.**
- 7. Actividades formativas y seminarios.
- **8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V, servicios de proximidad, participación social y accesibilidad.**
- 9. Informes de seguimiento periódico.
- **10. Evaluación e informe final.**

1. Delimitación de los territorios



San Sebastian: 185.506

Irún: 60.938

Zarautz: 22.658

Tolosa: 18.095

Oiartzun: 9.947

El Proyecto Etxean Ondo en Gipuzkoa se desarrolla en 5 municipios, que por sus características y dimensión, permitirá abarcar núcleos poblacionales diferenciados y también características distintas derivadas de la propia identidad de cada una de las poblaciones.

2. Elaboración del diagnóstico de situación

El proyecto Etxean Ondo dispone en sus primeras fases la realización de un diagnóstico situacional de cada uno de los municipios en los que se va a desarrollar el pilotaje de la aplicación de un modelo de atención centrado en la persona desde los servicios comunitarios y con el objetivo principal del mantenimiento en el domicilio de la persona.

El Diagnóstico Situacional se concibe como un Proceso de producción de conocimientos en y para la acción. Y se realiza a partir del análisis de una situación que se vive en el presente y se desarrolla a través de una participación activa de los actores sociales y sanitarios, comunitarios en general, que comparten creativamente la visión y análisis de dicha situación.

3. Redacción del proyecto y del material de apoyo metodológico.

Se diseñó y elaboró el proyecto así como los documentos técnicos que en los primeros pasos del proyecto se facilitaron a los agentes intervinientes. Fueron documentos para la exposición, explicación y debate inicial del proyecto.

Documentos Metodológicos Marco:

- Metodología de planificación participativa
- La Gestión de Casos
- El Plan de Atención y Vida
- El Grupo de apoyo y consenso

Programas de intervención Marco:

- Atención domiciliaria integral centrada en la persona
- Servicios de proximidad complementarios
- Servicio de Tele asistencia avanzada
- Apoyo a las familias cuidadoras
- Servicio “Acompaña”
- Servicios para un Entorno accesible
- Promoción de la autonomía personal
- Participación social y comunitaria
- Promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida

Fases del Proyecto

4. Diseño muestral, perfiles y criterios de inclusión

	MUESTRA ETXEAN ONDO	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3
C R I T E R I O S	EDAD	Persona Mayor (>65 años)	Persona Mayor (>65 años)	> 75 años
	GRADO DEPENDENCIA	Grado 3 (Nivel 1 y 2)	Grado 2 (Niv 1 y 2)	Grado 1 o sin grado
	CUIDADOS	60% Recursos SAD - CD / 40% Prestación económica, cuidados entorno familiar o asistente personal.	60% Recursos SAD - CD / 40% Prestación económica, cuidados entorno familiar o asistente personal.	Sin LAPAD situación de fragilidad, por aislamiento y soledad
	NIVEL COGNITIVO	60% con Deterioro / 40% sin deterioro	60% con Deterioro / 40% sin deterioro	
	GENERO	60% Mujeres / 40% Hombres	60% Mujeres / 40% Hombres	70% Mujeres / 30% Hombres

Para la captación de la muestra se realizaron las siguientes acciones. Análisis de las bases documentales de los Servicios Sociales de cada ayuntamiento, información sobre el proyecto a personas susceptibles de inclusión en función de los criterios establecidos, firma de consentimiento informado. El alcance de la muestra ha sido de 290 personas distribuidas en 90 Donostia, 60 Irún, 50 en Tolosa y Zarautz y 40 en Oiartzun.

4. Diseño muestral, perfiles y criterios de inclusión

GRUPO INTERVENCIÓN (Personas Mayores)

	ZARAUZ	TOLOSA	OIARTZUN	DONOSTIA	IRUN	TOTAL
Indicadores cobertura						
Nº personas	24	22	21	43	30	140
Total hombres	10	5	6	12	11	44
Total mujeres	14	17	15	31	19	96
Viven solos	4	7	5	14	13	43
Hombres	0	1	0	2	4	7
Mujeres	4	6	5	12	9	36
Media edad	83,66	79,22	76,90	83,20	81,00	80,79

Fases del Proyecto

4. Diseño muestral, perfiles y criterios de inclusión

EDAD		GENERO	
- 65	9	M	191 (65,8%)
65 – 75	31		
76 – 90	217	H	99
91 - 100	33		

GRADO DEPENDENCIA			
S/GR	G I	GII	GIII
66	44	95	85

FORMA CONVIVENCIA	
FAMILIA	212
UNIFAMILIAR	78 (26,9%)

SERVICIOS Y PRESTACIONES				
		UNICO SERVICIO	Servicios complementarios	
SAD	108	51	PECE + CD	10
CD	29	5	PECE + SAD	38
PECE	157	97	PECE + CD + SAD	12
A. PERS	16	10	A.PERS + SAD	6
Teleasistenc.	80		A.PERS + CD	1

Fases del Proyecto

5. Diseño software de recogida y tratamiento de datos

Para el desarrollo y ejecución del Proyecto se ha diseñado y desarrollado un sistema de software que gestiona el proceso de valoración de las personas permitiendo: introducir los datos en el punto que se generan sin requerir ningún tipo de comunicación, trasvasar a una BBDD central todos los datos capturados y tener un tratamiento unificado del proceso.



The screenshot shows the 'PROTOCOLO DE EVALUACION ETXEAN-ONDO' web application interface. At the top, there are logos for 'ELISKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO', 'etxea ondo', and 'MATIA'. A status indicator shows 'Conectado con el ordenador central'. The main form is titled 'PROTOCOLO DE EVALUACION ETXEAN-ONDO' and contains several sections:

- Datos de la Persona:** Includes input fields for 'Primer Apellido', 'Segundo Apellido', 'Nombre', 'DNI', 'Fecha de Nacimiento' (with a calendar icon), 'Sexo' (radio buttons for 'Hombre' and 'Mujer'), and 'Número de Expediente'. Below these fields are buttons for 'ELIMINAR', 'MODIFICAR', 'BUSCAR', and 'LIMPIAR'.
- informesEnCurso:** A large empty rectangular area with an 'Editar' button at the bottom right.
- Historias de Vida:** A section with a 'Resumen' button and a 'Ver' link. Below it, it says 'No existen elementos'. It has buttons for 'Nueva', 'Borrar', 'Asignar Personal', and 'Permitir Modificar'.
- Valoraciones:** A section with a 'Ver' link. Below it, it says 'No existen elementos'. It has a 'Permitir Modificar' button.
- Informes de Salud:** A section with a 'Ver' link. Below it, it says 'No existen elementos'. It has a 'Permitir Modificar' button.

At the bottom center, there is a 'Salir' button.

6. Alianzas, convenios y acuerdos.

- Fundación Pilares para la Autonomía Personal
- Ayuntamientos de San Sebastián, Tolosa, Oiartzun, Zarautz e Irún
- Osakidetza. Organización Sanitaria Bidasoa
- Osakidetza Comarca Gipuzkoa.
- Diputación Foral de Gipuzkoa
- Ikerlan-IK4
- APTES
- Asociaciones de Discapacidad y Envejecimiento
- Proveedores de Servicios de Ayuda Domiciliaria: Arquisocial, Etxe-Laguntza, Astertzen, Ilarki, Ayuntamiento de Oiartzun.
- Centro de documentación y estudios SIIS
- Centro de Deporte Adaptado Hegalak.
- Cruz Roja.
- DYA
- Foro ciudadano Irún.
- Diócesis.
- Nagusilan.
- Kostan Elkartea.

EQUIPO y otros Agentes. Alianzas

- Dirección Técnica
- Coordinación General
- Coordinador/a Zona
- Equipo Participación
- Equipo Accesibilidad



- **Gestora Caso Ayuntamiento**
- Enfermeras CSP
- Proveedores SAD

- Área de Bienestar Social 5 Ayuntamientos
- Diputación Foral Gipuzkoa
- Dirección Territorial Sanidad
- Centros Salud de Atención Primaria
- Asociaciones, entidades y otros agentes sociales
- Servicio de Teleasistencia Gobierno Vasco-OSATEK
- Otros proveedores servicios proximidad

7. Actividades Formativas y Seminarios

Enmarcado en el Proyecto Etxean Ondo, se han llevado a cabo diferentes acciones divulgativas y formativas:

- Seminarios para la presentación del proyecto y definición de las propuestas de intervención en cada uno de los cinco municipios..
- Seminario de Presentación y Consenso del Proyecto con Diputación Foral de Gipuzkoa, entidades de Mayores y Discapacidad.
- Seminarios con profesionales sobre “Metodología de gestión de casos y coordinación sociosanitaria en el proyecto Etxean Ondo de atención integral centrada en la persona”.
- Seminarios de Formación dirigida a los trabajadores de las cinco empresas proveedoras de SAD.

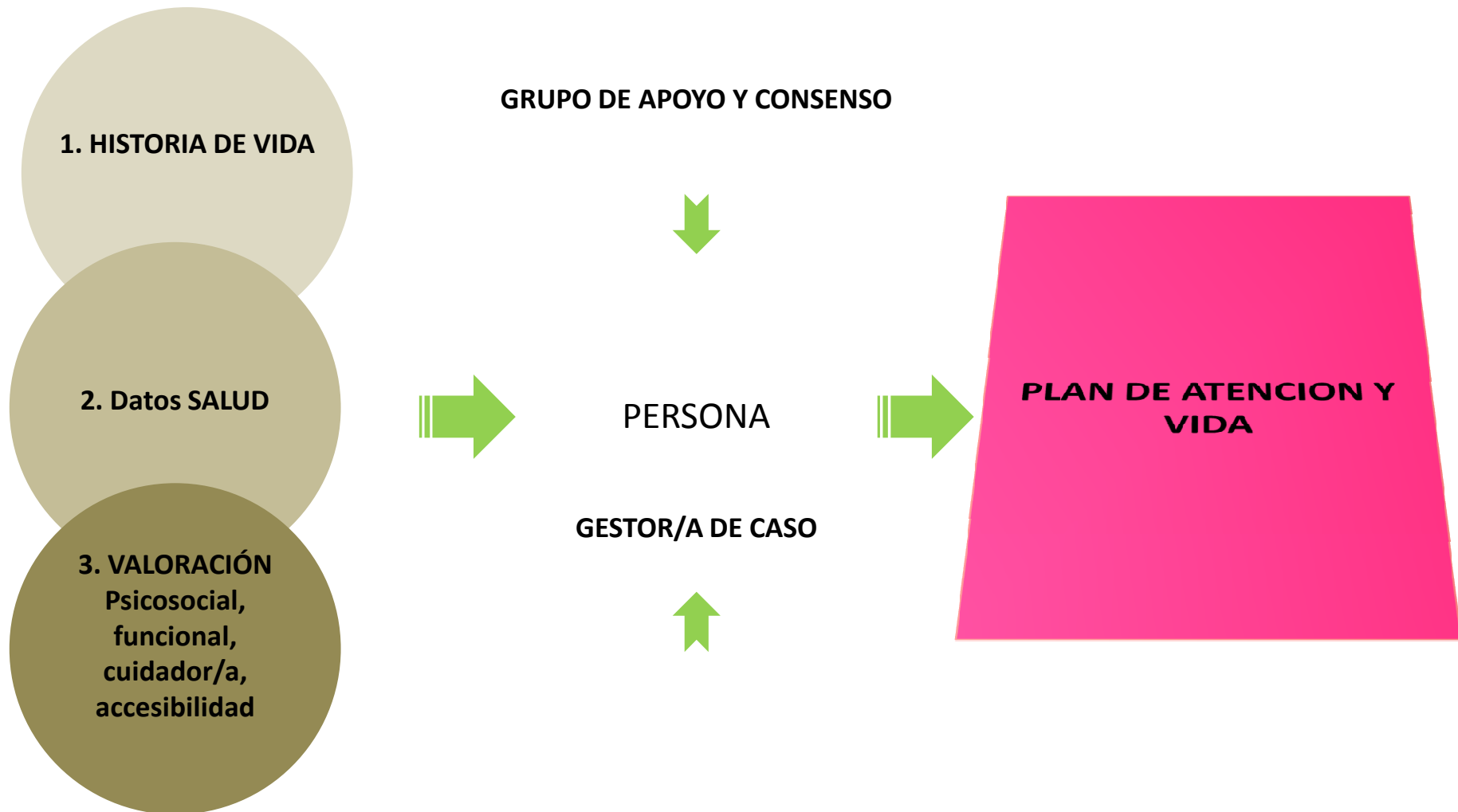
7. Actividades Formativas y Seminarios.

- Jornada Oportunidades en el ámbito de servicios de proximidad en el envejecimiento en colaboración Fomento San Sebastián.
- Jornada innovación en la atención a personas que necesitan apoyos.
- Seminarios Vivienda para toda la vida. Realizados en tres de los cinco municipios, y programadas en los dos restantes.
- Seminario Sociosanitario “Claves para el cuidado de nuestros familiares” (programado 25/09)
- Seminarios dirigidos a cuidadores familiares en cada uno de los cinco municipios (programados del 1 al 5 de octubre).
- Seminario Sociosanitario. Gestión de Casos. Ermua.

7. Actividades Formativas y Seminarios

SEMINARIO	MUNICIPIO	PARTICIPANTES
Seminario para la presentación del proyecto	Tolosa	29
Seminario para la presentación del proyecto	Donostia	117
Seminario para la presentación del proyecto	Oiartzun	23
Seminario para la presentación del proyecto	Zarautz	40
Seminario para la presentación del proyecto	Irún	27
“Metodología de Gestión de Casos”	Donostia	22
Seminarios Trabajadores SAD	5 proveedores	80
Jornada Fomento San Sebastián	Donostia	40
Jornada Innovación	Donostia	250
Seminarios Vivienda para toda la Vida	3 Municipios	65
Seminario Sociosanitario	Ermua	15

8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V,



8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V, 8.1 Guión de entrevista para la recogida de la Historia de Vida

DATOS PERSONALES:

1. MIS COSTUMBRES
2. LAS COMIDAS QUE ME GUSTAN
3. EL ASEO Y LA ROPA QUE ME GUSTA
4. PROFESIÓN
5. MI FAMILIA Y AMIGOS/AS
6. TIEMPO LIBRE
7. LO QUE SE ME DA MEJOR
8. RELIGIÓN
9. VALORES
10. EXPECTATIVAS DE FUTURO

8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V,

8.2 Valoración Psicosocial, Funcional, Accesibilidad, Persona familiar Cuidadora

1. VALORACION FUNCIONAL BVD
- 2 .DIMENSIÓN COGNITIVA
3. DIMENSIÓN EMOCIONAL
4. RELACIÓN SOCIAL
5. CALIDAD DE VIDA
6. SERVICIOS
7. CUIDADOR/A INFORMAL
8. ACCESIBILIDAD

8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V, 8.3 Valoración de Salud

- Diagnósticos/ problemas de salud. (Con CIE 9/10).
- Ingresos Hospitalarios
- Nº de visitas a urgencias en el último año
- Cuidados sanitarios de carácter complejo
- Tratamiento farmacológico actual
- Nº de medicamentos
- Indicar si ha pagado o no los medicamentos de las siguientes formas
- Puntuación del Mini Mental
- Problemas de conducta
- Caídas
- Recepción de Servicios sanitarios o sociales
- Indique el número de veces que ha acudido al centro de salud en el último mes
- Objetivos de los cuidados sanitarios

8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V, 8.4 Plan de Atención y Vida

- Quien soy
- Como soy
- Gestión de mi vida cotidiana
- Claves en las actividades de mi vida cotidiana
- Mi autonomía y mis decisiones en el día a día
- Como me siento
- Mis relaciones personales y sociales
- Mi calidad de vida
- Mi apoyo principal
- Como cuidar mi salud
- Los servicios que utilizo y/o querría utilizar
- Mis principales deseos y preferencias
- Mi casa y su entorno
- Que me ayudaría a conseguir las cosas que son importantes para mi.

Fases del Proyecto

8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V, 8.4 Plan de Atención y Vida

	MI VISIÓN ACTUAL		PROYECTOS Y PLANIFICACIONES			
	Fortalezas y Áreas de Mejora	Apoyos y recursos con los que cuento Aspectos a tener en cuenta	Propuestas de intervención a mejoras/OBJETIVOS	Acciones	Responsable	Seguimiento (Como y Cada cuanto tiempo)
Claves en las Actividades de mi vida						
Mi autonomía y mis decisiones en el día a día						
Como siento						
Mis relaciones personales y sociales						
Mi Calidad de Vida						
Mi apoyo principal/Cuidador						
Como cuidar mi salud						
Los servicios que utilizo y quería utilizar						
Mi casa y su entorno						
Mis principales deseos y preferencias son ("diez mandamientos" / es importante para mi...) De todo lo propuesto y planificado las cosas que son mas importantes para la persona				Que me ayudaría a conseguirlas		
PAUTAS PARA LA FAMILIA						

8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V,

8.5 Gestión y Articulación de Servicios y Apoyos

A continuación se presenta el cuadro resumen de los servicios y programas identificados de interés para cada una de las situaciones. La aplicación del Modelo de Atención Centrado en la Persona se aprecia en la diversidad de respuestas para la variabilidad no solo de situaciones y necesidades sino que sobre todo para los distintos intereses, preferencias y deseos. Y en todo el proceso de la Gestión del caso se cuenta con la participación de la PERSONA.

	PAV	TAD		ACOMPAÑA		AMPLIACION	SAD		SENDIAN		
	REALIZADO	BASICA	AVANZADA	TIPO			SAD PRIVADO	TIPO		PSI	GRUPO APOYO
				RESPIRO	ASESOR			D	P		
ZARAUTZ	24	3	5	4	4	3	5	1	2	7	3
DONOSTIA	43	6	5	7	3	4	0	8	0	2	0
IRUN	30	6	7	5	3	1	3	1	1	1	0
TOLOSA	22	3	0	3	3	0	0	0	0	0	0
OIARTZUN	21	8	15	9	14	1	1	0	0	5	0
	140	26	32	28	27	9	9	10	3	15	3

8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V,

8.5 Gestión y Articulación de Servicios y Apoyos

	OTROS	S. PROXIMIDAD				OTROS	ACCES.	PARTIC.	FAMILIA
	SERVICIOS	TIPO							
		CATERING	PODO	FISIO	BIBLIO				
ZARAUTZ	61	3	9	4	2	6	12	19	21
DONOSTIA	3			7	1	8	9	5	30
IRUN	36	2	4				6	9	17
TOLOSA	6					6	3		15
OIARTZUN	8		1	3	2		7	8	16
	114	5	14	14	5	20	37	41	99

Las trabajadoras sociales / Gestoras de Caso, en el diseño y elaboración de cada Plan de Atención y Vida identifican diferentes servicios e intervenciones en función de las particularidades de cada caso. Particularidades derivadas de los resultados de la valoración efectuada, de la historia de vida trabajada con cada uno de los casos y del contraste y participación de la propia persona. Como se aprecia en los cuadros anteriores se articulan y gestionan servicios como la teleasistencia tanto básica como avanzada, implantando distintos dispositivos en función de las situaciones. Con el Servicio a Domicilio se valora su adecuación en orientación e intensidad.

8. Ejecución y seguimiento: Valoración, elaboración de los P A y V, 8.5 Gestión y Articulación de Servicios y Apoyos

Se identifican situaciones en los que se deriva el caso a programas ya establecidos como el Sendian.

Se esta implantando el programa Acompaña tanto en su vertiente de respiro familiar, como de orientación y consejo personalizado en el propio domicilio.

Otras intervenciones planteadas en función de los deseos, intereses y preferencias también se están gestionando como acompañamientos desde el voluntariado, atención espiritual, orientación sanitaria, derivación a otros servicios, orientación en accesibilidad y productos de apoyo etc.

Se gestionan programas de participación comunitaria en los municipios del proyecto Etxean Ondo en función de los intereses planteados.

En todas las gestiones, planteamientos e intervenciones con un criterio de flexibilidad y personalización.

1. ACCESIBILIDAD VIVIENDA y ENTORNOS
2. CUIDADOR/A FAMILIA
3. PARTICIPACION SOCIAL CIUDADANIA ACTIVA
4. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA
5. SERVICIOS: SAD, TELEASISTENCIA, SERVICIOS PROXIMIDAD, PROGRAMA ACOMPAÑA.

Áreas de Intervención

ACCESIBILIDAD VIVIENDA y ENTORNOS

Se ha realizado una primera valoración sobre la situación de la vivienda sobre los 290 casos de la muestra. En 30 de las viviendas se esta realizando una valoración más exhaustiva por parte de un técnico del equipo. Los resultados han sido:

Piso	255
Con Ascensor	179
Sin ascensor	76(29,8%)

Dificultades entorno cercano	
	nº
No, ninguna	147
Si (49,3%)	143
Subir Escaleras	92
Suelo Deslizante	36
Itinerarios Estrechos	10
Bordillos	57
Rampas	56
Semaforo	10
Otros	16

Dificultades Portal	
	nº
No, ninguna	187
Si (35,5%)	103
Dificultad Puerta	11
Dificultad Pavimento	4
Dificultad Escaleras	81
Dificultad Rampas	7
Dificultad Ascensor	6
Dificultad Anchura	2
Dificultad Orientacion	1
Dificultad interfono	1
Dificultad Iluminacion	1
Dificultad Otros	2

Dificultades Vivienda	
Dificultad Acceso	
No, ninguna	275
si	15
Dificultad Interior (pasillos puertas etc.)	
No, ninguna	256
si	34
Dificultad Baño	
No, ninguna	203
Si (30%)	87
Dificultad Cocina	
No, ninguna	255
si	35
Dificultad Dormitorio	
No, ninguna	261
si	29
Dificultad resto de espacios	
No, ninguna	264
si	26

ACCESIBILIDAD VIVIENDA y ENTORNOS

Desde el Área de Accesibilidad se han desarrollado los documentos que se detallan a continuación:

Tríptico “Una vivienda para toda la vida”, para la difusión de este concepto y sus ventajas en la sociedad.

Guía “Una vivienda para toda la vida”, para concretar actuaciones e ideas propuestas en el tríptico, difusión de este concepto y sus ventajas en la sociedad.

Informe de orientaciones sobre la coordinación de los recursos existentes en este ámbito de intervención.

Entorno accesible. Vivienda para toda la Vida

VIVIENDA PARA TODA LA VIDA.



¿POR QUÉ NO PODEMOS TENER UNA VIVIENDA QUE NOS ACOMPAÑE EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE NUESTRA VIDA?

NUESTRAS NECESIDADES NO SON LAS MISMAS A LO LARGO DE NUESTRA VIDA. ¿POR QUÉ NUESTRAS VIVIENDAS NO SE PUEDEN ADAPTAR A ESTAS DIFERENTES NECESIDADES?

¿POR QUÉ NO PODEMOS TENER VIVIENDAS DISEÑADAS PARA NUESTRA NIÑEZ, JUVENTUD, MADUREZ Y VEJEZ?

DISEÑANDO BAJO LOS PRINCIPIOS DE INCLUSIÓN, ACCESIBILIDAD, FLEXIBILIDAD, SOSTENIBILIDAD Y CALIDAD, SE PUEDEN CREAR ESPACIOS DE CALIDAD, SEGURIDAD Y CONFORT PARA TODAS LAS PERSONAS, INDEPENDIEMENTE DE SUS CAPACIDADES O EDAD.

PODEMOS TENER UNA VIVIENDA PARA TODA LA VIDA.



el x o a o d o

ADECUA TU CASA PARA VIVIR CON BIENESTAR Y SEGURIDAD HOY Y MAÑANA

ESCALERAS COMUNES:

Anchura, huella y contrahuella accesibles, barandillas adecuadas.

SALÓN:

Espacios de paso entre mobiliario y de giro.

COCINA:

Radio de giro interior, y armarios y aparatos accesibles y de funcionamiento sencillo.

ILUMINACIÓN:

Adecuada en toda la vivienda.

MECANISMOS, CONTROLES:

Sencillos de utilizar, a alturas accesibles. Desactivables sistemas domóticos sencillos.

VIVIENDAS DE MÁS DE UNA PLANTA:

Previsión de un dormitorio en P.B, prever hueco en estructura para posible ascensor.

ASCENSORES:

Área de acceso y dimensiones de cabina necesarias.

APARCAMIENTO:

Dimensiones que permitan acceso lateral a vehículo. Mínimo recorrido desde apartamento a acceso.



ACCESO EDIFICIO:

Vestíbulo con radio de giro amplio y puertas de anchura suficiente, fácilmente manipulables.

ENTORNO:

Recorridos accesibles, lomos o de poca pendiente, anchura mínima.

PASOS Y PUERTAS:

Anchura mínima y fácil manejo. Preferiblemente puertas correderas. Umbrales de altura mínima posible.

TABICUERÍA:

Capaces de sufrir cambios o adaptaciones.

BAÑO:

Radio de giro, acceso lateral a aparatos, mínimo una ducha por vivienda, accesorios a alturas accesibles. Recorrido sencillo de dormitorio a baño.



vivienda para toda la vida

índice

0

- 1.- INTRODUCCIÓN.
- 2.- PRINCIPIOS : INCLUSIÓN, ACCESIBILIDAD, FLEXIBILIDAD, SOSTENIBILIDAD, CALIDAD.
- 3.- ACCESOS.
- 4.- ESCALERAS.
- 5.- RAMPAS.
- 6.- ASCENSORES.
- 7.- PASOS, PUERTAS Y VENTANAS.
- 8,9.- BAÑO.
- 10,11.- COCINA.
- 12.-SALÓN
- 13.- DORMITORIO.
- 14,15.- MOBILIARIO.
- 16.- ACCESORIOS Y MECANISMOS.
- 17.-APARCAMIENTOS.
- 18.- ENTORNO, ESPACIOS EXTERIORES.
- 19.-CONSIDERACIONES FINALES.
- 20.-ENLACES.



CUIDADOR/A FAMILIA

Valorar la “carga” de la persona de la familia que asume los cuidados familiares.

- ❖ Para ofrecer asesoramiento, formación y respiro a las personas cuidadoras.
- ❖ Para garantizar el seguimiento de los casos y la calidad del cuidado suministrado.
- ❖ Para verificar la idoneidad de las personas cuidadoras.
- ❖ Para detectar posibles casos de trato inadecuado.
- ❖ Ofreciendo diferentes fórmulas de orientación, formación y apoyo psicosocial.

PARTICIPACION SOCIAL CIUDADANIA ACTIVA

TOLOSA

- **Proyectos en marcha**
 - Ajedrez a domicilio- Club de ajedrez de Tolosa –(1 persona de la muestra)
 - Curso de Informática – Izar-bide –(1 persona de la muestra)
 - Acompañamiento para la lectura – Biblioteca de Tolosa (1 persona de la muestra)

- **Proyectos previstos**
 - Tipi-Tapa
 - Exposición en las tiendas de productos antiguos – Tolosa&CO (Asociación comerciantes)
 - Taller intergeneracional con las escuelas
 - Voluntariado – Inmakulada ikastetxea y la asociación Beti Ikasten
 - Proyecto Bonberenea
 - Taller de repostería
 - Taller de nuevas tecnologías
 - Apoyo religioso/espiritual

PARTICIPACION SOCIAL CIUDADANIA ACTIVA

OIARTZUN

▪ **Proyectos en marcha**

- Escuela rural de la experiencia (14 participantes)
- Portal solidario con la colaboración de Cruz Roja (2 portales)

▪ **Proyectos previstos**

- Helduen : oferta de cursos varios para la población muestra
- Proyecto intergeneracional con las escuelas
- Estírate y anda
- Biblioteca a domicilio
- Voluntariado con miembros de la Escuela de la Experiencia
- 2 personas de la muestra cómo ponentes en la escuela de la experiencia
- Apoyo religioso/espiritual
- Voluntariado alianzas Cruz Roja, DYA y Nagusilan.

PARTICIPACION SOCIAL CIUDADANIA ACTIVA

DONOSTIA

- **Proyectos en marcha**
 - Taller intergeneracional TOPIC-Ekintza-Rezola
 - Biblioteca a domicilio (1 persona de la muestra)
 - Actividad de cocina con el Colegio Mayor Olarain
 - Voluntariado
 - Portal solidario con colaboración de Cruz Roja (6 portales)

- **Proyectos previstos**
 - Taller de nuevas tecnologías
 - Voluntariado con Helduen hitza
 - Centro de Deporte Adaptado Hegalak (3 personas de la muestra)
 - CD Fortuna (3 personas de la muestra)
 - Curso Informática – Izar Bide
 - Taller de costura – Colegio Mayor Olarain
 - Apoyo religioso/espiritual

PARTICIPACION SOCIAL CIUDADANIA ACTIVA

IRUN

- **Proyectos en marcha**
 - Visita a centro deportivo Hegalak (1 persona de la muestra)
 - Día Internacional de las Personas Mayores – CD Bidasoa
Partido oficial homenaje a las personas mayores.

- **Proyectos previstos**
 - Taller de repostería
 - Biblioteca a domicilio
 - Taller de nuevas tecnologías
 - Taller de costura
 - Participación en actividades de Makila
 - Taller intergeneracional con el Instituto Pió Baroja
 - Voluntariado con Nagusilan (6 personas de la muestra)
 - Curso de informática con Izar Bide
 - Tipi-Tapa
 - Apoyo religioso/espiritual

PARTICIPACION SOCIAL CIUDADANIA ACTIVA

ZARAUTZ

- **Proyectos en marcha**
 - Kalera noa –Hogar del jubilado
 - Estírate y anda

- **Proyectos previstos**
 - Fitness – Ambulatorio de Zarautz
 - Biblioteca a domicilio con Kostan Elkartea
 - Taller de nuevas tecnologías
 - Talleres de tertulias literarias - Artezaleak
 - Voluntariado con Kostan Elkartea
 - Apoyo religioso/espiritual

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Coordinación Socio Sanitaria entre Servicios Sociales de base y Atención primaria de Salud *como base de la* continuidad asistencial y de la aplicación del modelo de atención integral centrada en la persona para las personas que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia y vivan en sus propios domicilios.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

RESULTADOS SEPTIEMBRE 2012

- Análisis y contraste del proyecto con la dirección territorial y equipo directivo de comarca Oeste.
- Identificación de enfermeras de caso en los centros de atención primaria participantes en el proyecto (dos por cada centro de atención primaria)
- Análisis y contraste del proyecto con las enfermeras de casos y dirección de enfermería.
- Validación conjunta del instrumento de valoración para la recogida de datos de salud de las personas participantes en el proyecto.
- Cumplimentación de la información de las personas participantes en el proyecto y establecimiento de objetivos sanitarios
- Reuniones de coordinación de objetivos de salud y de planes de atención y vida entre profesional de referencia/gestora de caso y enfermera de caso
- Diseño de acciones específicas para alcanzar objetivos y establecimiento de áreas de intervención combinada
- Definición de metodología de seguimiento de caso a través de reuniones mensuales y de gestión y transmisión de incidencias vías Tfno.-mail etc. según criterio profesional.

PENDIENTES DE REALIZAR

- Continuar con las reuniones y gestión coordinada de objetivos de las personas participantes en el proyecto
- identificación de indicadores de resultado

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. Programa Altas Hospitalarias

- Planificar desde el ingreso y/o antes del mismo el alta a domicilio de Persona mayor de 65 años domiciliada en Donostia-San Sebastián con asistencia sanitaria en los centros de salud de referencia del Programa Etxean Ondo, ingresada en el Hospital Universitario Donostia (HUD) con capacidad restringida de autocuidado de forma temporal por cambios significativos en el nivel de dependencia durante la hospitalización, con apoyo sociofamiliar no acorde a sus necesidades.
- incluyen 25 casos. Para esta sub muestra se han definido dos perfiles: el primero, formado por pacientes en lista de espera quirúrgica para ser intervenidos de prótesis de cadera, rodilla y patología de la columna; el segundo, formado por aquellos pacientes de la muestra de *Etxean Ondo* que tengan ingresos hospitalarios.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. Programa Altas Hospitalarias

RESULTADOS SEPTIEMBRE 2012

Diseño del protocolo de actuación

Identificación paciente con criterios de participación en el proyecto desde los servicios de admisión y presentación e invitación a participar en el proyecto.

Planificación e intervención pre y post alta (plan de intervención y gestión de apoyos) en 5 casos por parte de la gestora de caso del Ayuntamiento de Donostia y la Terapeuta Ocupacional de Ingema-Matia (asesoramiento y formación in situ) del proyecto

PENDIENTES DE REALIZAR

Redefinición de perfiles

Captación de nuevos casos

Criterios grupo control e intervención

Rediseño de equipos de trabajo

Planificación e intervención en casos

Otros

El proyecto Etxean Ondo en Alaba, presenta como característica fundamental de su contexto, el territorio que acoge a los diez municipios que componen la Cuadrilla de Añana. Se trata de hábitats rurales, en los que según los últimos datos disponibles correspondientes al Padrón Municipal de Habitantes elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se contabilizaban a 1 de enero de 2011, 1.550 personas de 65 y más años, lo que en términos relativos supone un 17,7% de la población total de la comarca.

	Total	60 y más años		65 y más años		80 y más años		
		Nº de Personas	%	Nº de Personas	%	Nº de Personas	% sobre pob. Total	% sobre 65 y +
2011								
Iruña Oka/Iruña de Oca	2.966	429	14,5	316	10,7	97	3,3	30,7
Kuartango	351	101	28,8	84	23,9	31	8,8	36,9
Armiñón	229	54	23,6	44	19,2	9	3,9	20,5
Berantevilla	494	158	32,0	121	24,5	23	4,7	19,0
Erriberagoitia/Ribera Alta	781	196	25,1	156	20,0	47	6,0	30,1
Ribera Baja/Erribera Beitia	1.314	195	14,8	152	11,6	50	3,8	32,9
Zambrana	403	109	27,0	88	21,8	40	9,9	45,5
Añana	168	64	38,1	55	32,7	29	17,3	52,7
Lantarón	929	248	26,7	218	23,5	61	6,6	28,0
Valdegovía/Gaubea	1.098	391	35,6	316	28,8	109	9,9	34,5
Total Cuadrilla de Añana	8.733	1.945	22,3	1.550	17,7	496	5,7	32,0

Para el desarrollo del Proyecto, se han seleccionado tres gestoras de caso, que son las trabajadoras sociales de base titulares de cada una de las tres zonas de la cuadrilla de Añana (Este, Oeste y Centro).

Desde el área sanitaria se han implicado en el proyecto todos los centros de salud de la comarca que dan cobertura sanitaria a las personas de los 10 municipios implicados en el proyecto.

Se han realizado reuniones de planificación y contraste tanto con todos los agentes implicados así como individualmente con cada una de las áreas implicadas.

Actualmente el proyecto se encuentra en la fase de identificación de muestra que será de 150 personas correspondientes a los 10 municipios mencionados distribuidos equitativamente por Comarcas. (50 zona Este, 50 zona Oeste, 50 zona Centro).

Evaluación del Proyecto

1. Obtener información y datos sobre la situación de partida en relación a: los recursos del territorio, las personas usuarias, las familias cuidadoras y a los profesionales implicados en el cuidado.
2. Obtener información sobre cómo ha sido el proceso de aplicación de los diferentes programas de intervención: las claves de su desarrollo, los logros conseguidos y las dificultades encontradas.
3. Contar con información y datos sobre los resultados obtenidos: grado de cobertura alcanzado, cumplimiento de objetivos y análisis de los cambios e impacto que el proyecto ha tenido en los diferentes agentes: personas mayores, familias cuidadoras y profesionales.
4. Validar el modelo de atención integral y centrada en la persona identificando las buenas prácticas producidas : nivel organizativo, nivel metodológico y relacional

Jornada profesional . Experiencias prácticas en el desarrollo de una práctica asistencial basada en la atención centrada en la persona (ACP) Proyecto Etxean Ondo /En casa bien. Fundación Alzheimer Cataluña. 20 de enero 2012. **Barcelona**

Oportunidades en el ámbito de los servicios de proximidad en el envejecimiento. Fomento de **San Sebastian** . 31 de Enero de 2012.

Envejecimiento y Nuevos Servicios de Atención en el Domicilio. Innobasque. **Bilbao** 3 de Abril 2012.

“II Jornada de SAD: “CAMINANT CAP A UN NOU MODEL DE SAD”. ACRA. Asociación Catalana de Recursos Asistenciales. 31 de maig de 2012. **Barcelona**. Model “Etxean Ondo”. Experiència d’atenció centrada a la persona aplicada al SAD.

Jornadas Innovación en la Atención a las Personas que necesitan Apoyos: El Proyecto Etxean Ondo. 13 de junio 2012 **San Sebastian:** *Proyecto Etxean Ondo en domicilios. Avanzando en el modelo integral y centrado en la persona en cinco municipios de Gipuzkoa.. Proyecto Etxean Ondo en domicilios. Metodología y fases. Aplicaciones prácticas. Valoración de la coordinación sociosanitaria en los servicios en entorno domiciliario en la actualidad ¿Hacia dónde*

- *vamos?*

Encuentro: Envejecimiento, fragilidad y dependencia: aplicaciones del modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP) .Modelo de gestión vs modelo de atención. UIMP **Santander**. Septiembre 2012.

·Jornadas Internacionales Fundación Pilares/Fundación Caser (30-11 y 1-12 2011) sobre Innovaciones en Residencias para personas en situación de dependencia: Diseño arquitectónico y modelo de atención. **Madrid**

Universidad de Vic. (13 y 14 de abril 2012): Conferencia sobre *El modelo AICP y la diversidad de aplicaciones* en las Jornadas del Centro de Estudios en Servicios Sociales Dixit y sesión en Máster de Envejecimiento Activo sobre *Las bases teóricas, conceptuales y metodológicas del modelo AICP*. **Barcelona**

Junta de Castilla y León **Valladolid** (20-4): Jornadas con profesionales de presentación y debate sobre *El Modelo AICP y las claves para su aplicación*.

Residencia “Los Royales” de **Soria** (4-5). Participación en el Seminario: *Aplicaciones del modelo AICP en la atención residencial en Residencias públicas.*

Junta de Castilla y León **Valladolid** (24-5), jornadas con directores de residencias: *Fundamentos, principios y aplicaciones del Modelo AICP en centros.*

Second ISA Forum of Sociology . Buenos Aires 2012. “Políticas Sociales para mejorar el Bienestar de las Personas que Envejecen. La experiencia en el País Vasco .

Curso de verano en la programación de la UIMP, organizado y dirigido por la Fundación Pilares para la Autonomía Personal (3-6 septiembre), sobre Aplicaciones del modelo AICP , `ponencia sobre: *Bases científicas y aplicaciones del modelo AICP. Santander*