

Informe de resultados de la segunda edición de FOROSALUD "Hospitalización a Domicilio"

La segunda edición del ForoSalud, espacio de participación para mejorar la sanidad navarra, se ha centrado en el servicio de hospitalización a domicilio con el objetivo de fortalecer y mejorar esta actividad en el sistema sanitario de Navarra. Mediante esta edición se ha buscado generar debate, aumentar la sensibilidad y el compromiso respecto a la HaD de pacientes, sus personas cuidadoras y los profesionales del sistema, aportando propuestas al Departamento de Salud.

A lo largo de la edición han intervenido 38 personas: 23 profesionales y 15 usuarios (7 de ellos pacientes y 8 cuidadores).

Los profesionales participantes correspondían a los servicios de hospitalización a domicilio de Pamplona, Estella y Tudela y a otros servicios tanto de Atención Primaria como Asistencia Especializada y de Gestión

Tanto profesionales como usuarios aportaron su visión de los aspectos positivos del Servicio e identificaron diversas áreas de mejora para esta nueva modalidad de atención a los pacientes.

Previamente al comienzo de la sesión se procedió al visionado de un vídeo relativo al servicio de Hospitalización a Domicilio que puede verse en el siguiente enlace: <http://forosalud.navarra.es/>

Fruto del trabajo desarrollado en la sesión se recogieron un total de 84 aportaciones. En determinados casos las aportaciones recibidas incluían en su redacción más de una propuesta de intervención.

En otros casos la aportación permitía identificar un área de mejora pero no llegaba a concretar las acciones pertinentes o propuestas de mejora. En estos casos se ha procedido a su reformulación concretando la acción o acciones necesarias para dar respuesta al área de mejora identificada.

Como resultado de este proceso se han identificado un total de 96 propuestas de mejora.

Posteriormente cada una de dichas propuestas ha sido analizada por los organizadores de Foro Salud en colaboración con el propio Servicio de Hospitalización a Domicilio para valorar su pertinencia y factibilidad.

Tras su valoración se ha formulado el presente informe a la Dirección General de Salud en el que se proponen que cada una de las propuestas de acción sean calificadas como "Aceptada", "En estudio" y "No aceptada". A fecha de hoy algunas de las propuestas concretas ya han sido ejecutadas por el Servicio de HaD o en su caso en revisión.

En el Anexo I se incluye la relación de las 84 Aportaciones recibidas en su redacción literal y en el Anexo 2 se incluye la valoración de las acciones derivadas de las propuestas.

I.- VALORACIÓN DEL SERVICIO DE HaD en el ForoSalud

Tanto las personas del panel como el resto de personas asistentes al grupo son personas que trabajan, participan o apoyan el servicio y que, en general, están muy satisfechas. Se da unanimidad en la valoración positiva y apoyo al Servicio, si bien ha de tenerse en cuenta que en la sesión no ha estado presente la voz de aquellos pacientes a los que se les propuso utilizar el Servicio de HaD pero no lo aceptaron. No obstante los asistentes sí reflexionaron, en los grupos de trabajo del Foro, sobre los factores que condicionan la no aceptación por algunos pacientes y formularon propuestas al respecto.

Aquellos pacientes que han utilizado HaD muestran gran satisfacción con esta modalidad de atención, sobre todo señalan el confort del paciente y su familia, la intimidad y la libertad de movimientos constatando el "efecto sanador de la casa propia". También destacan que se sienten más partícipes de su propia enfermedad y que la relación con los profesionales sanitarios es más personalizada. Aspectos a destacar:

ASPECTOS POSITIVOS DE LA HaD identificados por los participantes

- Relacionados con la enfermedad:
 - Ofrece muy buenos resultados
 - Disminución de infecciones añadidas
 - Permite un tratamiento farmacológico más ajustado
 - Acorta estancias...
- Relacionados con el servicio:
 - Servicio más centrado en el paciente
 - Buen tratamiento clínico
 - Mejora la relación médico-paciente
 - Ahorro al SNS
 - Buena enseñanza a quien cuida en planta del hospital, hace más factible la educación para la salud...
- Para el propio enfermo:
 - Se sienten menos enfermos,
 - Se sienten más partícipes de su propia enfermedad, con más motivación,
 - Mayor confort, comodidad del hogar,
 - Más satisfacción "casa sanadora" "encantados. Todos mejoramos en casa".
 - La relación con los profesionales sanitarios es más personalizada
 - Intimidad, no está otra persona ni la familia acompañante,
 - Movilidad, más libertad de movimientos,
 - Mejor alimentación, "comes cuando quieres",
 - Favorece el reposo y el sueño,
 - Mayor bienestar, mayor calidad de vida,
- Respecto de la persona que le cuida:
 - Más comodidad intimidad y satisfacción.
 - Hay menos traslados al hospital etc,
 - Es más barato porque no hay que utilizar parking,
 - Aprende y se siente más segura
 - Exige motivación,

II.- CUADRO RESUMEN DE LAS PROPUESTAS

Como se ha señalado de las 84 aportaciones literales, recogidas en el Anexo 1, ha sido posible extraer un total de 89 propuestas orientadas al objetivo de fortalecer y mejorar la HaD en el sistema sanitario de Navarra.

En conjunto las propuestas se agrupan principalmente y en porcentajes similares entorno a los tres ejes o ámbitos siguientes:

- Propuestas relacionadas con 'el Servicio' HaD (35%)
- Propuestas relativas a la 'Relación de HaD con otros servicios sanitarios' (33%)
- Propuestas relacionadas con 'Pacientes y Cuidadores familiares' (30%)

Otras tres propuestas hacen referencia al quehacer político en la aplicación de recursos en servicios en el domicilio:

Si bien hay propuestas dirigidas a la mejora interna del propio servicio de HaD, gran parte se centran en la necesidad de mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y mejorar también la relación de los profesionales con los pacientes y familiares. Aspectos que coinciden con propuestas de la primera edición del ForoSalud.

En el cuadro siguiente se distribuyen las propuestas de cada ámbito en los capítulos de mejora o líneas de acción. En ocasiones una misma propuesta puede estar orientada a uno o más ámbitos. Por todo ello se trata de una clasificación orientativa que sirve para dirigir las propuestas a la acción.

Figura 1 Distribución de las aportaciones (N) por capítulos de mejora y ámbito orientador de la acción

Líneas de trabajo (Capítulos de mejora)		Orientadas a los ámbitos →			Total	
		Pacientes y Cuidadores familiares	Servicio HaD	Relación entre los Servicios Sanitarios	Nº	%
I	Mejora del propio Servicio	12	13	14	39	43,8 %
II	Mejora de la relación entre Pacientes y Profesionales.	11			11	12,4 %
III	Formac. /Informac. /Sensibilización a Profesionales Sanitarios	11			11	12,4 %
IV	Más recursos para HaD		9		9	10,1 %
V	Coordinación/Colaboración entre HaD y Atención Primaria			15	15	16,9 %
VI	Otros	2	2		4	4,5 %
TOTAL		36	24	29	89	100 %
		40,4%	27,0%	32,6%		

III.- FORMULACIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LAS PROPUESTAS REALIZADAS EN EL FORO

El enunciado de cada una de las intervenciones y propuestas se incluye en el Anexo 1, tal como fueron expuestas. Cada una de ellas tiene un grado de definición muy diferente entre sí. Unas están formuladas en acciones muy concretas, por el contrario otras son más genéricas mientras que algunas se expresan como un mero comentario. Por otra parte varias de las aportaciones hacen referencia a una misma área de mejora.

Se ha procurado dar respuesta a todas las propuestas recibidas bien recogiendo directamente la acción propuesta en el Foro o bien concretando o deduciendo acciones específicas que den respuesta a lo planteado, con objeto de transformar todas las aportaciones en verdaderas propuestas de acción.

Figura 2 Distribución de las propuestas (N) según su grado de concreción.

Comentarios	16
Propuestas de acción concretas y distintas	48
Propuestas reiteradas	25
Nº Total Propuestas	89

De las 89 propuestas recibidas ha sido posible identificar 48 acciones de mejora concretas y diferentes.

La sistematización de las propuestas se ha realizado agrupándolas en las seis líneas de trabajo o capítulos de mejora del sistema sanitario que se han identificado (Figura 1). Al interior de cada uno de estos capítulos de mejora, se definen los objetivos y las acciones deducidas de las propuestas. En total son 14 objetivos y 48 acciones a aplicar distribuidos de la siguiente manera (Figura 3):

Figura 3 Distribución de objetivos y acciones propuestas por capítulos de mejora

Capítulos de mejora	Objetivos	Acciones Propuestas	
		Nº	%
I. Mejora del propio Servicio	6	20	42%
II. Mejora de la relación entre Pacientes y Profesionales.	2	5	10%
III. Formac/Informac/Sensibilización a Profesionales Sanitarios	1	2	4%
IV. Más recursos para HaD	1	4	8%
V. Coordinación/Colaboración entre HaD y Atención Primaria	1	10	21%
VI. Otros	3	7	15%
TOTAL	14	48	100%

Por otro lado, algunas de las acciones/propuestas recogidas en la edición del ForoSalud dedicado a la salud de las personas cuidadoras de personas dependientes, responden también a propuestas de este Foro http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadano/ForoSalud/Salud+y+personas+cuidadoras.htm

III, A) Propuestas para la Mejora del Servicio de HaD (39 aportaciones)

- 1) Favorecer la mayor autonomía del paciente y asegurar en lo posible la disponibilidad del cuidador familiar en la hora de visita al domicilio (Propuestas 1, 2, 6, 8, 15 y 19):
 - a) Mejorar la comunicación entre profesionales y persona enferma y su cuidadora también mediante el uso de las nuevas tecnologías (móviles por ejemplo)
 - b) Avisar a la hora aproximada a la que se va a acudir al domicilio. (SMS, etc)
 - c) Analizar la organización actual de las visitas domiciliarias mediante rutas.
- 2) Asegurar el entorno adecuado para que el paciente esté en las condiciones requeridas para el proceso de hospitalización en el domicilio (Propuestas 3, 22 y 55):
 - d) Valoración "socio sanitaria" de los recursos familiares y entorno (condiciones de la vivienda, del estado de salud de miembros de la familia, clima familiar y recursos socioeconómicos)
 - e) Desarrollar la intervención social familiar en la HaD con la participación del trabajador social sanitario
- 3) Mejorar la seguridad del paciente e incrementar la confianza del cuidador familiar (Propuestas 4, 12 y 21):
 - f) Disponer un teléfono de contacto en el Servicio de HaD que posibilite el acceso directo e inmediato al profesional de referencia
 - g) Potenciar el uso de las nuevas tecnologías en la atención al paciente dependiente y en apoyo a la persona cuidadora.
- 4) Promover un mayor desarrollo del Servicio de HaD en el sistema sanitario acorde a su potencialidad (Propuestas 25, 29, 32, 34, 38, 49, 50, 51,52):
 - h) Implementar un protocolo de solicitud del Servicio de HaD
 - i) Encomendar al personal de Enfermería de los servicios sanitarios la información y colaboración en la propuesta al paciente del Servicio de HaD
 - j) Estudiar la posibilidad de HaD para mejorar la gestión de pruebas en el Servicio
 - k) Constituir un grupo de investigación con personas de la UPNA para estudiar las posibilidades de apoyo a la HaD de ingeniería médica.
 - l) Mayor uso de recursos telemáticos: Desarrollo progresivo de servicios de Telemedicina /tele monitorización.
- 5) Favorecer la relación de HaD con los diferentes servicios hospitalarios (Propuestas 42, 48, 56, 57, 60, 61, 63, 64, 67, 69, 74, 76, 77, 81):
 - m) Definir circuitos para que los pacientes de HaD puedan acceder directamente a camas de planta hospitalaria sin necesidad de pasar por Urgencias. (Gestión directa desde Admisión)
 - n) Disponibilidad de cama de corta estancia.
 - o) Protocolizar perfil paciente, explicitando en cada Servicio el tipo de paciente candidato a HaD con el fin de facilitar la orientación de acceso al Servicio

- p) Establecer la Visita domiciliaria de Especialidades médicas relacionadas con el perfil del paciente de HaD
 - q) Posibilitar el ingreso directo a HaD desde las consultas ambulatorias
- 6) Desarrollar recursos de apoyo domiciliario complementarios a la HaD (Propuestas 9, 12, 17 y 53):
- r) Mejorar el acceso al mobiliario "ortoprotésico" (colchón antiescaras, sillas...)
 - s) Mejorar el acceso al material sobre el propio tratamiento como el palo de gotero...
 - t) Promover el voluntariado de apoyo

III, B) Más Recursos para HaD (9 aportaciones)

- 7) Desarrollar una amplia oferta del Servicio de HaD adecuada a toda la población de Navarra (Propuestas 26, 27, 28, 35, 39, 44, 45, 46, 65)
- a) Posibilidad de ampliar la cobertura territorial, llegando a toda Navarra. (Realizar una apuesta por la expansión: Geográfica, de horario y de camas).
 - b) Necesidad de aumentar el número de camas. Es necesario aumentar el servicio y los recursos. Posibilidad de aumentar las camas en momentos puntuales (epidemias de gripe...)
 - c) Cubrir las 24 horas (actualmente los médicos están sólo hasta las 10 de la noche y sólo valoran pacientes hasta las 9, las enfermeras cubren las 24 horas)
 - d) Extender la HaD a las Residencias Geriátricas

III, C) Mejora de la Relación entre Pacientes y Profesionales : Información/Formación a Pacientes y Cuidadores Familiares (11 aportaciones)

- 8) Garantizar que el paciente y cuidador familiar reciban información adecuada a sus circunstancias sociales y del proceso de enfermedad para que puedan realizar la opción apropiada (Propuestas 5, 11, 12, 13, 18 y 20) Para ello,
- a) Se elaborará un Protocolo/Guía de "oferta y admisión" al Servicio, que incluya, entre otros aspectos información sobre las características del Servicio de HaD y metodología adecuada, para eliminar miedos o prejuicios, etc.
 - b) Información/formación del paciente y de su cuidador familiar, considerando su situación, sus miedos y del proceso y cuidados que requiera, de manera comprensible y adecuada a su nivel de conocimientos
 - c) Fomentar actitudes de respeto a la elección del Paciente, introduciendo elementos que favorezcan la toma de decisiones compartida (TDC), promoviendo a su vez el cambio cultural en profesionales y en pacientes.
- 9) Realizar la actividad formativa necesaria con el paciente y cuidador familiar, de manera adecuada a las circunstancias sociales y del proceso de enfermedad con el fin de poder realizar la opción apropiada (Propuestas 3, 7, 10, 14 y 16). Desde el hospital se involucre al cuidador en los cuidados. La educación inicial en el hospital antes de ir a HaD y continuada en el domicilio.
- d) Formación en Cuidados en todos los centros y servicios sanitarios desde el principio del proceso. Necesidad de hacer al cuidador partícipe de las curas y los cuidados al menos desde dos días antes de su derivación a HaD.
 - e) Fomentar la cultura en la participación de los cuidados en todos los servicios sanitarios (Atención Primaria, ingresos convencionales...)

III, C) Información, Formación y Sensibilización a Profesionales Sanitarios en materia de Cuidados y de Comunicación (11 aportaciones)

- 10) Promover la Información /Formación/Sensibilización al personal sanitario de plantilla y a los MIR sobre los beneficios de HaD para desarrollar la difusión y oferta del Servicio y para la participación en los Cuidados (Propuestas 7, 14, 23, 31, 33, 37, 40, 47, 48, 58 y 79):
- Incluir en los objetivos de los diferentes Servicios Sanitarios un % de ingreso en HaD
 - Informar en los Servicios Sanitarios para que en cada Unidad se conozcan los criterios de inclusión

III, E) Coordinación entre Servicios (15 aportaciones)

- 11) Mejorar la coordinación y los canales de comunicación entre servicios: entre profesionales, entre HaD y Atención Primaria y con otros servicios. Utilizar soportes diversos para la comunicación. Conciliación en la terapia (Propuestas 59, 62, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 78, 79, 80, 82, 83 y 84)
- Comunicación telefónica de HaD al CS correspondiente del Ingreso y Alta
 - Interconsulta no presencial en pacientes seleccionados
 - Consulta conjunta al Ingreso y al Alta en pacientes seleccionados
 - Realizar visitas conjuntas HaD y AP (medicina y/o Enfermería)
 - Responsabilizar a Enfermería de HaD y AP en la Continuidad de Cuidados
 - Revisión conjunta de la medicación al Alta en pacientes polimedicados
 - Apoyo desde AP para la atención de necesidades sociosanitarias y de material sanitario
 - Desarrollar protocolos de carácter multiprofesional con soporte informático que favorezcan la relación HaD y AP
 - Evaluación del Plan piloto de Interconsulta en AP y propuestas de mejora.
 - Desarrollar la Comunicación entre residencias de ancianos y los servicios hospitalarios

III, F) Otras Propuestas (Propuestas 39, 40, 41, 54)

- 12) Difundir el Servicio de HaD y desarrollar la Cultura de los Cuidados en los profesionales, pacientes y familiares y población general.
- Realizar una campaña sobre Cuidados en el marco de los servicios sanitarios
 - Reforzar en los Servicios Sanitarios la Información/Formación sobre los Cuidados generales
- 13) Orientar los servicios sanitarios a las necesidades de las personas enfermas
- Ampliar la cobertura de cuidados paliativos a pacientes no oncológicos
 - Atender con apoyos específicos la sobrecarga a las familias que no disponen de recursos suficientes a fin de garantizar la perspectiva de equidad en el acceso al Servicio de HaD,
- 14) Despolitizar el debate y evitar la demagogia y promover la voluntad política para aportar los recursos necesarios al servicio.
- Análisis técnico de las necesidades de servicios sanitarios domiciliarios
 - Redistribución de las partidas presupuestarias dando mayor peso a los servicios domiciliarios

- g) Planificación de los servicios según las necesidades de la población con complementariedad entre Departamentos de competencias.

IV.- VALORACIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE LAS PROPUESTAS

Se han definido un total de 48 acciones a aplicar con el fin de fortalecer y mejorar la hospitalización a domicilio. En su distribución entre las líneas de intervención o capítulos de mejora, el mayor número se centra en las mejoras en el propio Servicio de HaD con el 43% del total de las acciones, seguido con el 21% para la Coordinación entre Servicios Sanitarios. Se incluyen acciones que trascienden la HaD pero que a su vez le fortalecen, como por ejemplo el desarrollo de la "cultura de los cuidados" entre profesionales y la población general.

El resultado de la valoración manifiesta el esfuerzo realizado por las personas participantes en presentar propuestas en el marco de lo posible y adecuadas a la realidad de los servicios y del sistema sanitario. El 71 % del total de las acciones se aprueban (algunas de ellas ya se han iniciado), el 24% se proponen para estudio y sólo una acción se rechaza porque ya está contemplada la cobertura de la atención desde otro nivel asistencial.

Figura 4 Distribución de las acciones derivadas de las propuestas por capítulos de mejora según la valoración realizada

Capítulos de mejora	ACCIONES PROPUESTAS (N)			
	Aprobadas	En estudio	Rechazadas	Total
Mejora del Servicio de HaD	16	4		20
Mejora de la Relación entre Pacientes y Profesionales	5			5
Informac/Formac/Sensibilización a Profesionales Sanitarios sobre Cuidados y Comunicación	2			2
Más Recursos para HaD	2	1	1	4
Coordinación entre Servicios	8	2		10
Otras Acciones: cultura de cuidados...	6	1		7
Total	39 (81%)	8 (17%)	1 (2%)	48 (100%)

Las 39 acciones aprobadas para su aplicación exigen intervenciones concretas, específicas y claramente comprensibles en el funcionamiento actual de los servicios y por lo tanto asumidas para la mejora y fortalecimiento de HaD.

Las propuestas que quedan en estudio tienen un planteamiento adecuado y su realización podría mejorar este servicio público, por lo que se considera que es necesario tomarlas en cuenta. Sin embargo, previo al compromiso de ponerlas en marcha, se requiere hacer un estudio de cada una de las 8 acciones que determine su factibilidad tanto desde el punto de vista económico como organizativo.

La única acción no aceptada es la 7) c) *"Cubrir las 24 horas con el Servicio de HaD" Actualmente el personal de medicina está hasta las 22:00 horas y valora pacientes hasta las 2:00 y el personal de enfermería cubre las 24 horas.*

El Servicio de Emergencias 112 cubre las necesidades de atención médica que se den en pacientes de Hospitalización a domicilio por la noche. El número de casos que se presentan en horario nocturno no justifica la disponibilidad de un profesional durante toda la noche, máxime teniendo en cuenta que algunos pacientes pueden quedar en observación y valorarse a la mañana siguiente su ingreso en Hospitalización a Domicilio.

En Anexo 2 se presenta la relación de las 48 acciones valoradas

V.- EVALUACIÓN Y CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DESARROLLO DE LA SEGUNDA EDICIÓN DEL ForoSalud.

Con la realización de esta segunda edición el ForoSalud se consolida como un espacio idóneo de participación para mejorar la sanidad navarra. Coincide así mismo con uno de los mecanismos habilitados en la Ley Foral 11/2012, de 21 de junio, de la Transparencia y del Gobierno Abierto. La ley establece los "Foros de Consulta" entre los instrumentos específicos de participación directa, como espacio de debate y análisis (Capítulo II Arts 36-41).

El objetivo del Foro de extraer propuestas de mejora, mediante la participación de profesionales, pacientes y otras personas con interés social, se ha alcanzado. La manifestación de las personas participantes en la sesión presencial al cierre de la misma fue de satisfacción por el proceso de realización y por el contenido del debate y propuestas para mejorar la HaD.

Dado que el objeto del debate se ha centrado en un Servicio específico, interesaba de manera especial la participación de profesionales sanitarios y la proporción habida, en el conjunto de participantes en la edición, ha respondido al planteamiento inicial, alcanzando el 60% del conjunto.

Es preciso destacar la valoración altamente positiva del Servicio de HaD por la mayoría de participantes, reconociendo sus beneficios en todas sus dimensiones. Mediante estas aportaciones de valoración positiva, a su vez se constató en el Foro que el desconocimiento, por parte de los usuarios, de la existencia del Servicio, debido a la falta de información sobre la posibilidad de esta modalidad asistencial, conlleva una falta de equidad en el acceso, donde los pacientes informados tienen ventaja sobre los no informados.

También es preciso destacar de las aportaciones, la necesidad de desarrollar, en el quehacer profesional, la coordinación y la cultura de los cuidados e incorporación en ellos a pacientes y familiares. Estos aspectos también fueron objeto de las propuestas de la primera edición del Forosalud.

Se ha constatado la importancia de mantener las 'ideas fuerza' que se apuntaban en la evaluación de la primera edición: definir el enfoque y delimitar la materia, la sesión con metodología eminentemente participativa y confort, importancia del papel de ponentes/reflexores y el necesario trabajo para la captación de participantes.

En cuanto a los aspectos a mejorar que se identificaron en la evaluación de la edición anterior se han corregido algunos y otros siguen pendientes de seguir profundizando. Entre estos se encuentran la mayor implicación de gestores del Sistema Sanitario y la mayor participación on line. Así mismo, para próximas ediciones se deberá realizar mayor esfuerzo en los debates en grupos pequeños para conseguir mayor definición de cada propuesta.

En conjunto, los resultados de la segunda edición del ForoSalud dedicada a la Hospitalización a Domicilio (HaD) son positivos tanto en cuanto al proceso de la edición como a la concreción de propuestas que pueden mejorar el Servicio orientado desde todo el sistema sanitario a las personas atendidas y sus cuidadores familiares.

Pamplona/Iruña Febrero 2013
Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria
Departamento de Salud

INFORME GENERAL

ANEXO 1

**PROPUESTAS DE MEJORA PRESENTADAS EN EL 2º ForoSalud
DEDICADO A HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

1	"Ajustar" lo máximo posible la hora en la que se acuda al domicilio. Sería deseable se avisara de la hora aproximada a la que van a ir para que el paciente y su cuidador puedan planificar la mañana
2	Sé que surgen imprevistos, que no puede haber exactitud de reloj en cuestiones asistenciales, pero tal vez se pueda fijar una hora con bastante aproximación y además llamar por teléfono unos 30´ antes de la visita. Esto último, en mí caso concreto dado que trabajo fuera de casa, me evitaría pedir permisos innecesarios y solo faltar lo preciso.
3	Cuando a una persona se le remite al domicilio para continuar el proceso de hospitalización es necesario conocer bien todos los recursos con los que cuenta la familia pero además cuáles se pueden poner en marcha así como una mínima formación a las personas cuidadoras, por ejemplo movilizaciones en la cama, aseo, cambio de cama... ya que las personas que se van a hacer cargo en el domicilio no tienen por qué conocerlos y puede facilitarles el cuidado
4	Las personas en el domicilio deberían contar con un teléfono de referencia directo a alguien que le pueda solucionar de manera inmediata, a dónde llamar en cualquier momento ya que da tranquilidad a l@s cuidadores y puede evitar estrés del/ cuidador/a, posibles traslados a urgencias o incluso nuevas hospitalizaciones. Además consideramos que es una herramienta que redunda en la eficacia y eficiencia del propio servicio.
5	A veces los pacientes se sienten presionados porque la alternativa a la HaD es San Juan de Dios (no el Complejo Hospitalario)
6	Falta de comunicación del horario en el que van a venir: sería deseable que en lugar de ser a lo largo de la mañana fuera en un par de horas, para poderse organizar y disminuir la ansiedad. Podrían hacer comunicación telefónica o mediante SMS
7	Necesidad de fomentar la cultura de la participación en el cuidado de los cuidadores desde todos los ámbitos (atención primaria, ingresos convencionales...)
8	Comunicar el horario
9	Mejora del acceso al mobiliario necesario para atender a los enfermos (colchón antiescaras...)
10	Necesidad de formar en cuidados desde el principio
11	Necesidad de clarificar que es un servicio hospitalario en el que está en el hospital solo que "cambias de planta" porque hay pacientes que piensan que sólo es una manera de echarlos a la calle y tener una cama libre
12	Los motivos para la negativa a ofertar HaD son: - La técnica es compleja para la familia - Mala relación familiar - Saturación del cuidador - Miedo (el hospital da seguridad)
13	Es necesario dar más tiempo desde la explicación de la posibilidad del servicio hasta la decisión, para que el paciente pueda pensarlo detenidamente y la enfermera de la planta pueda informarle mejor y ayudarle a superar los miedos
14	Necesidad de hacer al cuidador participe de las curas y los cuidados
15	Se propone mejorar la comunicación entre sanitarios y persona enferma – cuidadora para acordar horarios.
16	Desde el hospital se involucre al cuidador en los cuidados. La educación en el hospital antes de ir a HaD
17	Falta recursos ortoprotésicos
18	Hay pacientes que se sienten presionados. Demasiada información en poco tiempo al principio.
19	El estar atendido en casa es "sanador" en sí mismo. Problemas con el horario.
20	Es importante para el paciente que esté informado y pueda elegir
21	El paciente maneja las materias. La bomba facilita mucho la movilidad. Un poco de miedo por si no llegan a la hora y la bomba "pita"
22	Valoración condiciones de la vivienda y familiares: condiciones físicas, nº de miembros,

	funcionamiento y clima familiar...
23	Los distintos servicios del hospital no lo ofertan en todos los casos en los que podía ofrecerse. Es poco ofertado por los servicios hospitalarios. Los médicos del hospital deberían implicarse en el ofrecimiento de este servicio
24	Falta difusión del Servicio y por tanto conocimiento por parte de los posibles usuarios. Es poco conocido. Se necesita que haya más información de este servicio
25	Debería haber un protocolo de solicitud del servicio
26	Posibilidad de ampliar la cobertura territorial, llegando a toda Navarra. Apuesta por la expansión: Geográfica, de horario y de camas. No da cobertura a toda la población de Navarra
27	Necesidad de aumentar el número de camas. Es necesario aumentar el servicio y los recursos.
28	Cubrir las 24 horas (actualmente los médicos están sólo hasta las 10 de la noche y sólo valoran pacientes hasta las 9, las enfermeras cubren las 24 horas)
29	Necesidad de potenciar el servicio: Cree que el servicio está infrutilizado y que es necesario seguir con la difusión del mismo.
30	Necesidad de formar al personal sanitario de plantilla y a los MIRes
31	Necesidad de incentivar, motivar... a los profesionales ya que algunos no creen en este tipo de atención y al final el que se oferte o no a un paciente es aleatorio
32	Sería mejor que la información fuera desde enfermería
33	Necesidad de que se haga más presente a profesionales y pacientes
34	Posibilidad de gestionar pruebas desde el servicio
35	Posibilidad de aumentar las camas en momentos puntuales (epidemias de gripe...)
36	Se ha visto que cuando los médicos residentes rotan por HaD luego el servicio lo usan más, se propone que se hagan rotaciones y reciclajes de los profesionales sanitarios
37	Necesidad de concienciar a los médicos hospitalarios: si tu médico no te lo oferta o no te apoya decididamente cuando se lo propones, es difícil que te decantes por este servicio
38	Las enfermeras de los demás servicios deben implicarse en la información para captar pacientes
39	Es necesario que haya equidad en el acceso, pero despolitizando el debate
40	Para la difusión está siendo fundamental el boca a boca, porque los pacientes que lo usan están muy satisfechos y quieren siempre que pueden, repetir
41	No se ha hecho "Cultura" del Servicio. No se ha dado a conocer
42	Importante dar a conocer en los Servicios Sanitarios, en cada Unidad, que se conozcan los criterios de inclusión
43	Favorecer el que se oferte a Residentes
44	Se considera que existen ciudadanos de primera y de segunda, se plantea la importancia y derecho que se oferte a toda la población
45	Se comenta alternativas para zonas rurales sin sobrecarga a Primaria pero sí con mayor coordinación y apoyo en material. Como principal propuesta para la mejora de este aspecto se plantea el aumento de recursos en el Servicio de HaD.
46	Ampliar con más camas. Por ejemplo en épocas del año determinadas.
47	Problema para conocer el servicio HaD. Está muy poco vendido entre los profesionales. Necesidad de usar este recurso entre todos los especialistas. Algunos especialistas parecen que olvidan este servicio.
48	Plantear en los Servicios un % de ingreso en HaD como objetivo
49	Importante el papel de la enfermera para informar aunque no pueda decidir.
50	Zonificar las rutas y las guardias para llegar antes
51	Necesidad de usar teléfonos o circuitos comunes de comunicación que sean ordinarios
52	Debiera constituirse un grupo de trabajo con personas de la UPNA para estudiar las posibilidades de apoyo de ingeniería médica
53	La HaD puede proporcionar gasto y una cierta sobrecarga a la familia: comida,

	medicación... Considerar esto en el contexto de crisis. Incorporar perspectiva de equidad. Pensar en la posibilidad de que haya rechazo porque el paciente que está en casa gasta dinero (comida...)
54	Voluntad política para aportar recursos para este servicio, paliativos...Que no se incorpore a la demagogia política.
55	El Trabajo Social sanitario debe intervenir en HaD
56	Necesidad de que se articule la hospitalización en planta directamente cuando desde HaD se decide que debe trasladarse a otro servicio del hospital. En el momento actual existe la necesidad de pasar por el servicio de urgencias para gestionar la cama y esto debería corregirse.
57	Necesidad de mejorar los circuitos con: <ul style="list-style-type: none"> - camas de corta estancia dentro del servicio - reingresos en el hospital sin paso por urgencias
58	Aumentar la información a los profesionales. Hay resistencia en los profesionales de otros servicios
59	Se necesita mejorar la coordinación con Primaria
60	Sería deseable contar en cada servicio o unidad qué tipo de paciente de los que habitualmente atienden son candidatos a hospitalización a domicilio. La propuesta suele ser desde urgencias, no desde las plantas.
61	Posibilidad de que pueda accederse a HaD directamente desde Primaria
62	Necesidad de mejorar los canales de comunicación con Primaria: <ul style="list-style-type: none"> - Falta de información de que el paciente está hospitalizado - Falta de comunicación respecto a las técnicas que se están practicando - Podría gestionarse mediante Atención Primaria ciertas necesidades que los pacientes ahora tienen que gestionar solos (necesidad de material...)
63	Si hay traslado a otro servicio hospitalario gestionar las camas de manera que no tenga que pasar por urgencias (en Tudela ya se hace)
64	Evitar el paso por urgencias para traslado a otro servicio del hospital
65	Posibilidad de extender la HaD a Residencias Geriátricas
66	Relación con Primaria: <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de mejorar la comunicación con Primaria - Necesidad de informar cuando ingresa y cuando se le da el alta - Vencer las resistencias que el médico de familia pueda tener como sensación de pérdida de paciente - Posibilidad de que HaD haga interconsultas a domicilio
67	Posibilidad de ingresar desde las consultas de Asistencia Especializada
68	Sería bueno que el primer día se hiciera una visita conjunta con Atención Primaria
69	Se valora muy negativamente el tener que pasar por urgencias para cualquier tema ya dicho. Importante suprimir este trámite. Se plantean diferentes alternativas: <ul style="list-style-type: none"> - Derivación desde primaria - Mayor relación e implicación de especializada para poder acudir directamente - Habilitar espacios que favorezcan estancias muy reducidas (intermedias entre Ha D. y urgencias)
70	Se ve muy necesario aumentar y mejorar la coordinación entre servicios
71	Se comenta respecto a los Centros pilotos de HaD, no mucha experiencia. Mayor desarrollo. Gestionar los informes y necesidades previas desde A Primaria para agilizar . Ahora hay plan Piloto de Interconsulta, desde septiembre 2012, Funciona mal, esperamos que mejore
72	Necesidad de facilitar una comunicación más fluida con A Primaria. Conocimiento por parte de AP
73	Mayor comunicación sobre pacientes entre AP y AE. También de Enfermería: la enfermera hace continuidad de cuidados pero falta la comunicación directa, Enfermería HaD y AP
74	Que se pueda ingresar desde la consulta ambulatoria o desde geriatría
75	Comunicación residencias ancianos-hospital...

76	Reingreso en el hospital directo (cama reservada?)
77	Visitas de determinados Especialistas a domicilio
78	Coordinación, hacer consultas conjuntas con AP
79	Los médicos recelan de abordar al paciente de forma más integral, incluyendo la necesidad de cuidados, y de recoger las opiniones de otros profesionales y/o usuarios.
80	Hay que mejorar la comunicación con AP. La comunicación por teléfono es difícil, sería mejor utilizar el soporte informático, pero los informes de especializada están poco visibles. Habría que mejorar la visualización del seguimiento para evitar tener que llamar todos los días.
81	Reingresos que van a urgencias: puede ser como ingreso programado en algunos casos, en otros y por la noche siempre por el 112 a urgencias...
82	Que se diera la opción de poder derivar pacientes a sus Médicos de Familia siguiendo protocolos.
83	Con la experiencia previa del apoyo de Servicio de Cuidados Paliativos, me cuesta estar ajena a una actividad sanitaria ligada a mis pacientes por parte de otros compañeros. Así, con el Servicio de Paliativos, las visitas son conjuntas, al menos alguna...se me ocurre x ej la de inicio? y el alta , principalmente. Una tarea sin abordar adecuadamente en nuestro sistema de salud es la Conciliación en la terapia y eso se podría realizar contando con esa opción. Recordemos que suelen ser pacientes polimedicados y la "Deprescripción" es una tarea a valorar.
84	... en un caso se hizo un ingreso hospitalario desde el Servicio de HaD sin nuestro conocimiento (MF) y la paciente falleció y supimos del éxitus por la esquela. Añado que la familia se quedó muy satisfecha de la atención recibida pero me parece que era obligado poner en conocimiento de su MF y enfermera (que la había cuidado a domicilio durante meses) el acontecimiento... ¿cabía ofertar/comentar el apoyo a bien morir en domicilio? siempre dialogando en equipo.

.....

INFORME GENERAL

ANEXO 2
VALORACIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE LAS PROPUESTAS
ForoSalud HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Ref	Objetivos (1-14) y Acciones	Aprobada	En Estudio	Rechazada
1	Favorecer la mayor autonomía del paciente y asegurar todo lo posible la disponibilidad del cuidador familiar en la hora de visita al domicilio			
a	Mejorar la comunicación entre profesionales y persona enferma y su cuidadora también mediante el uso de las nuevas tecnologías (móviles por ejemplo)	x		
b	Avisar a la hora aproximada a la que se va a acudir al domicilio	x		
c	Organizar las visitas domiciliarias mediante rutas...	x		
2	Asegurar el entorno adecuado para que el paciente esté en las condiciones requeridas para el proceso de hospitalización en el domicilio			
d	Valoración "socio sanitaria" de los recursos familiares y entorno (condiciones de la vivienda, del estado de salud de miembros de la familia, clima familiar y recursos socioeconómicos)	x		
e	Desarrollar la intervención social familiar en la HaD con la participación del trabajo social sanitario	x		
3	Mejorar la seguridad del paciente e incrementar la confianza del cuidador familiar			
f	Disponer un teléfono en el Servicio de HaD que posibilite el acceso directo e inmediato al profesional de referencia	x		
g	Potenciar el uso de las nuevas tecnologías en la atención al paciente dependiente y en apoyo a la persona cuidadora.	x		
4	Promover un mayor desarrollo del Servicio de HaD en el sistema sanitario acorde a su potencialidad			
h	Implementar un protocolo de solicitud del Servicio de HaD	X		
i	Encargar al personal de Enfermería de los servicios sanitarios la información y colaboración en la propuesta al paciente de HaD	x		
j	Estudiar la posibilidad de HaD para mejorar la gestión de pruebas en el Servicio		x	
k	Constituir un grupo de investigación con personas de la UPNA para estudiar las posibilidades de apoyo a la HaD de ingeniería médica.	x		
l	Mayor uso de recursos telemáticos: Desarrollo progresivo de servicios de Telemedicina /tele monitorización.	x		
5	Favorecer la relación de HaD con los diferentes servicios hospitalarios			
m	Definir circuitos para que los pacientes de HaD puedan acceder directamente cama de planta hospitalaria		x	
n	Disponibilidad de cama de corta estancia (cama de observación).		x	
o	Protocolizar perfil paciente, explicitando en cada Servicio el tipo de paciente candidato a HaD con el fin de facilitar la orientación de acceso al Servicio	x		
p	Establecer la Visita domiciliaria de Especialidades médicas relacionadas con el perfil del paciente de HaD		x	
q	Posibilitar el ingreso en HaD desde las consultas ambulatorias	x		
6	Desarrollar recursos de apoyo domiciliario complementarios a la HaD			
r	Mejorar el acceso al mobiliario "ortoprotésico" (colchón antiescaras,	x		

	sillas...)			
s	Mejorar el acceso al material sobre el propio tratamiento como el palo de gotero..	X		
t	Promover el voluntariado de apoyo	X		
7	Desarrollar una amplia oferta del Servicio de HaD adecuada a toda la población de Navarra			
a	Posibilidad de ampliar la cobertura territorial, llegando a toda Navarra. Realizar una apuesta por la expansión: Geográfica, de horario y de camas.		X	
b	Necesidad de aumentar el número de camas. Es necesario aumentar el servicio y los recursos. Posibilidad de aumentar las camas en momentos puntuales (epidemias de gripe...)	X		
c	Cubrir las 24 horas (actualmente los médicos están sólo hasta las 10 de la noche y sólo valoran pacientes hasta las 9, las enfermeras cubren las 24 horas)			X
d	Extender la HaD a las Residencias Geriátricas	X		
8	Garantizar que el paciente y cuidador familiar reciban información adecuada a sus circunstancias sociales y del proceso de enfermedad para que puedan realizar la opción apropiada.			
a	Se elaborará un Protocolo/Guía de "oferta y admisión" al Servicio, que incluya, entre otros aspectos información sobre las características del Servicio de HaD y metodología adecuada, para eliminar miedos o prejuicios, etc.	X		
b	Información/formación del paciente y de su cuidador familiar, considerando su situación, sus miedos y del proceso y cuidados que requiera, de manera comprensible y adecuada a su nivel de conocimientos	X		
c	Fomentar actitudes de respeto a la elección del Paciente, introduciendo elementos que favorezcan la toma de decisiones compartida (TDC), promoviendo a su vez el cambio cultural en profesionales y en pacientes.	X		
9	Realizar la actividad formativa necesaria con el paciente y cuidador familiar, de manera adecuada a las circunstancias sociales y del proceso de enfermedad con el fin de poder realizar la opción apropiada			
d	d) Formación en Cuidados en todos los centros y servicios sanitarios desde el principio del proceso. Necesidad de hacer al cuidador partícipe de las curas y los cuidados al menos desde dos días antes de su derivación a HaD	X		
e	e) Fomentar la cultura en la participación de los cuidados en todos los servicios sanitarios (Atención Primaria, ingresos convencionales...)	X		
10	Promover la Información /Formación/Sensibilización al personal sanitario de plantilla y a los MIR sobre los beneficios de HaD para desarrollar la difusión y oferta del Servicio y para la participación en los Cuidados			
a	Incluir en los objetivos de los diferentes Servicios Sanitarios un % de ingreso en HaD	X		
b	Informar en los Servicios Sanitarios para que en cada Unidad se conozcan los criterios de inclusión	X		
11	Mejorar la coordinación y los canales de comunicación entre servicios: entre profesionales, entre HaD y Atención Primaria y con otros servicios.			
a	Comunicación telefónica de HaD al CS correspondiente del Ingreso y Alta	X		

b	Interconsulta no presencial en pacientes seleccionados	X		
c	Consulta conjunta al Ingreso y al Alta en pacientes seleccionados		X	
d	Realizar visitas conjuntas HaD y AP (medicina y/o Enfermería)	X		
e	Responsabilizar a Enfermería de HaD y AP en la Continuidad de Cuidados	X		
f	Revisión conjunta de la medicación al Alta en pacientes polimedicados	X		
g	Apoyo desde AP para la atención de necesidades sociosanitarias y de material sanitario	X		
h	Desarrollar protocolos de carácter multiprofesional con soporte informático que favorezcan la relación HaD y AP	X		
i	Evaluación del Plan piloto de Interconsulta en AP y propuestas de mejora.	X		
j	Desarrollar la Comunicación entre residencias de ancianos y los servicios hospitalarios		X	
12	Difundir el Servicio de HaD y desarrollar la Cultura de los Cuidados en los profesionales, pacientes y familiares y población general			
a	Realizar acciones de sensibilización sobre el valor de los Cuidados en el marco de los servicios sanitarios	X		
b	Reforzar en los Servicios Sanitarios la Información/Formación sobre los Cuidados generales	X		
13	Orientar los servicios sanitarios a las necesidades de las personas enfermas			
c	Ampliar la cobertura de cuidados paliativos a pacientes no oncológicos	X		
d	Desde la perspectiva de equidad en el acceso al Servicio de HaD, atender con apoyos específicos la sobrecarga a las familias que no disponen de recursos suficientes		X	
14	Despolitizar el debate y evitar la demagogia y promover la voluntad política para aportar los recursos necesarios al servicio.			
e	Análisis técnico de las necesidades de servicios sanitarios domiciliarios	X		
f	Redistribución de los recursos dando mayor peso a los servicios domiciliarios	X		
g	Planificación de los servicios según las necesidades de la población con complementariedad entre Departamentos de competencias	X		