



PLAN ANDALUZ DE ALZHEIMER



MODELO Y EVOLUCIÓN NUEVOS HORIZONTES

Juan Manuel Espinosa Almendro
Director del Plan Andaluz de Alzheimer
Consejería de Salud

CÓRDOBA, SEPTIEMBRE DE 2011

PLAN ANDALUZ DE ALZHEIMER MODELO DE ATENCIÓN

ATENCIÓN SANITARIA:

AP-AH,
PAI DEMENCIAS,
CUIDADOS DE ENFERMERIA

CONSEJERÍA SALUD

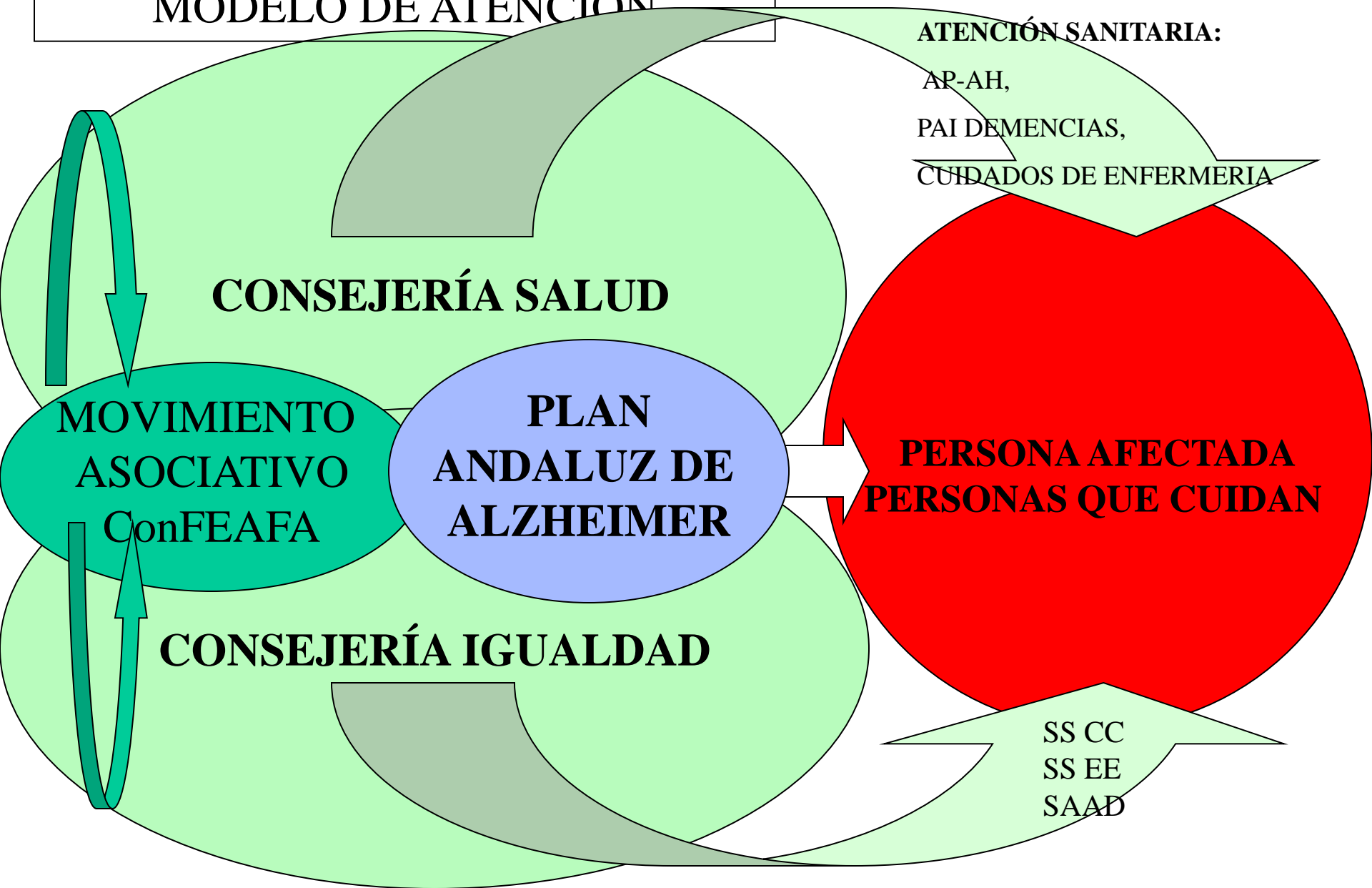
**MOVIMIENTO
ASOCIATIVO
ConFEAFA**

**PLAN
ANDALUZ DE
ALZHEIMER**

**PERSONA AFECTADA
PERSONAS QUE CUIDAN**

CONSEJERÍA IGUALDAD

SS CC
SS EE
SAAD



Decreto 137/2002, de Apoyo a las Familias Andaluzas

I PLAN ANDALUZ DE ALZHEIMER 2002-2007

Plan Andaluz de Alzheimer de la CS

CONFEEAFA

Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer

*Acuerdo programático entre la CS y la Federación Andaluza de Asociaciones de Familiares de Pacientes con EA
17 de septiembre de 2.002*

Además de las Actuaciones y Programas del SSPA y SSSPA de los que se benefician también los EA

CONVENIO DE COLABORACIÓN

20-SEP-2007

Firmados por:
CIBS
CS
CONFEEAFA

SUPONE

INTEGRACIÓN de las ACTUACIONES de:
CIBS, CS y CONFEEAFA

II PLAN ANDALUZ DE ALZHEIMER 2007-2010

ADENDA 2011-2012, FIRMADA EL 21 DE SEPTIEMBRE DE 2011,
DÍA MULDIAL DEL ALZHEIMER

PROCESO DE EVOLUCIÓN

ASPECTOS A DESTACAR

EL MODELO:

El Plan de Apoyo se concibe como un Modelo basado en la **PARTICIPACIÓN CON LAS ASOCIACIONES**, que son punto de encuentro entre los familiares y vehículo de comunicación entre éstos y las Instituciones.

EL IMPACTO EN EL ASOCIACIONISMO.

Antes de la implantación del Plan existían en Andalucía 25 Asociaciones de Familiares y una Federación Provincial.

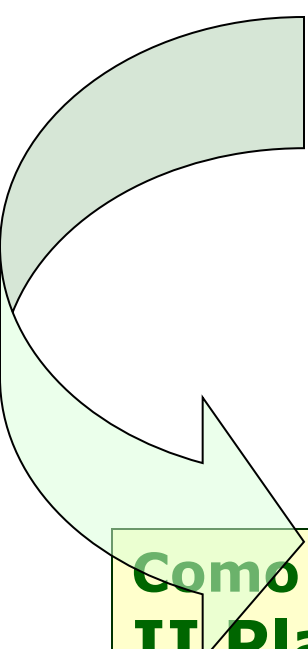
En la actualidad hay **115** Asociaciones que están integradas en la Confederación Andaluza de Familiares de Enfermos de Alzheimer (**ConFEAFA**) que representa a este colectivo en la Confederación Nacional.

INVERSIÓN

Durante el I Plan, a través de los programas subvencionados al movimiento asociativo (CONFEAFA), las inversiones han sido de 3.144.417€

NUEVAS NECESIDADES

- 1.- La necesidad de ahondar en los objetivos prioritarios de **Atender** a la persona afecta en sus necesidades e **Informar, Asesorar y Formar**.
- 2.- La toma en consideración de los diferentes informes de expertos realizados, que señalan como respuestas necesarias: **la integración de servicios, la apuesta por las nuevas tecnologías, las actuaciones en el entorno domiciliario y la creación de nuevos yacimientos de empleo**.
- 3.- La presentación de **protocolos y procedimientos integrados** que contemplen la vertiente social y la vertiente sanitaria.
- 4.- La facilitación del **flujo de conocimiento** mediante la adecuada interconexión entre los agentes implicados.
- 5.- La apuesta por **consensuar los distintos Programas con la Confederación Andaluza de Alzheimer**, concedora de las necesidades y demandas reales de pacientes, familiares y cuidadores así como también de aquellos aspectos relacionados con la demanda asistencial que debería ser objeto de mejora por parte de las Instituciones implicadas.



**Como consecuencia nace el
II Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010,
que se propone y desarrolla conjuntamente entre la
Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, la
Consejería de Salud y la Confederación de Asociaciones
de Familiares de Alzheimer de Andalucía.**

OBJETIVOS GENERALES:

- • **Mejorar la calidad de vida** de las personas afectadas y de las familias que las cuidan durante el largo tiempo de evolución de la enfermedad.
- • Establecer **un marco de colaboración** que permita una adecuada coordinación entre las Consejerías de Salud, Para la Igualdad y Bienestar Social y la Confederación Andaluza de Alzheimer, así como con aquellas instituciones o entidades relacionadas directa o indirectamente con esta problemática.
- • Ser **instrumento estratégico de las políticas sectoriales** en materia de atención a las personas con Enfermedad de Alzheimer y familias cuidadoras.
- • **Integrar las actuaciones** llevadas a cabo por las Consejerías de Salud y Para la Igualdad y Bienestar Social y la Confederación.

El Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010,
ha permitido

**potenciar las actividades existentes y
desarrollar nuevas líneas de trabajo**

que impulsados por todos, pero
especialmente desde el sector salud,
contemplan formar a los profesionales en
las mejores prácticas, garantizar una
atención de calidad, atender y cuidar a
las personas afectas y a las personas
cuidadoras con una discriminación
positiva.

INVERSIÓN

- Se ha mantenido un presupuesto constante, desde el 2002, dedicado al Plan Andaluz de Alzheimer contemplado en el Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas.
- Incluso con un incremento de 15.000 € para 2010 en relación al 2009. lo que ha supuesto un incremento de un 2,1 % .

Inversiones. 2008-2010.

2008	550.000 €
2009	681.000 €
2010	696.000 €
Total	1.927.000 €



NUEVOS RETOS



NUEVOS HORIZONTES

NUEVAS TECNOLOGÍAS

La apuesta por las y por conseguir una adecuada dotación tecnológica a las Asociaciones de Familiares (AFAs) ha permitido que 1700 o más personas afectas de Alzheimer puedan recibir estimulación cognitiva en las 25 Unidades de Estancia Diurna dependientes de las asociaciones.

INVESTIGACIÓN SANITARIA CONVENCIONAL

- **Estudio de Investigación Nutricional:** pretende describir el estado nutricional de las personas con diagnóstico de demencia incluidas en UED y Residencias, para ello se establece un programa de formación en valoración nutricional de los y las profesionales que trabajan en este ámbito.
- **En los resultados preliminares del primer corte destaca:**
- No existen diferencias significativas entre personas procedentes de UED (unidad de estancia diurna) y centro residencial.
- El resultado de la valoración del estado nutricional mediante el MNA presenta una :
 - 5,9% de frecuencia global de malnutrición.
 - 32,3% de pacientes con riesgo nutricional.
 - 60,5% normal.
 - No existen diferencias por sexo.
- - Existen diferencias significativas en esta variable en pacientes ingresados en residencia o procedentes de UED de forma que el estado nutricional sería significativamente mejor en pacientes en residencia (87,7% normales, 12,3% en riesgo y ninguno con malnutrición).

- **Estudio de Investigación ECCD “Estimulación Cognitiva a Domicilio”**: dicho estudio tiene como finalidad comprobar o demostrar la eficacia de la estimulación cognitiva computerizada en el domicilio, a fin de prevenir, mantener o rehabilitar funciones cognitivas, evitando el desplazamiento y aplicado de forma individual e independiente a la localización geográfica del usuario.
- Hasta el momento actual se han valorado 282 personas candidatas, de ellas, 20 se han seleccionado para el grupo experimental y 8 para el grupo control, las exigencias del estudio son muy elevadas, por ello la muestra aun no es suficientemente significativa para tener ningún tipo de resultados.

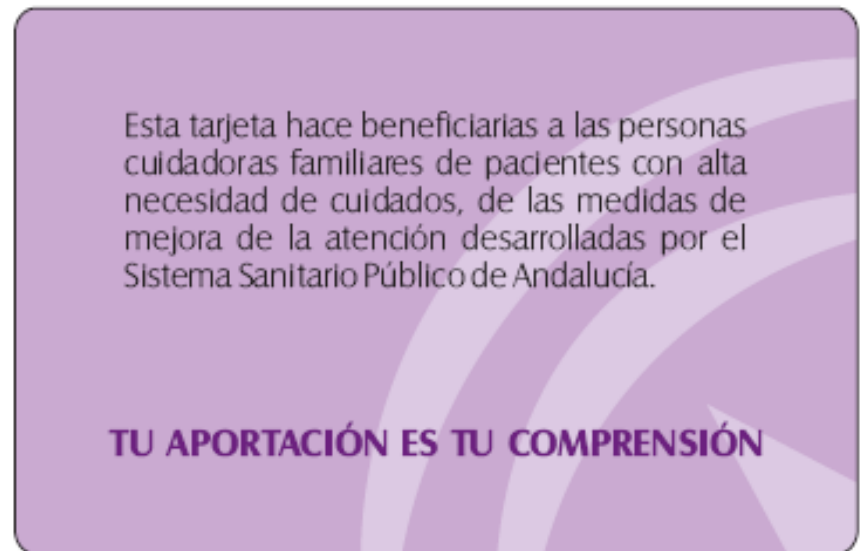
INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPACIÓN

- Tarjeta +cuidado: discriminación positiva en atención y accesibilidad.
- Al Lado: mejora de la atención a través de la cooperación entre los servicios sanitarios y las personas afectadas a las que le cuidan.

TARJETA +CUIDADO



ANVERSO



REVERSO

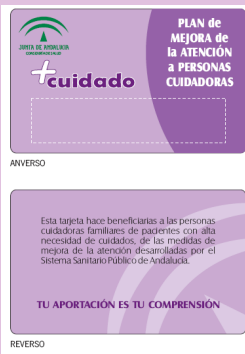
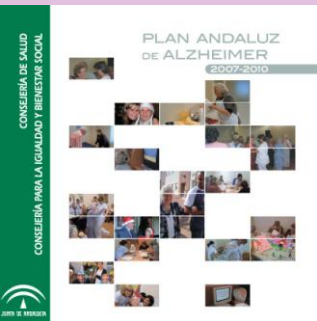
Objetivos: TARJETA +cuidados

-General:

- Establecer medidas de **discriminación positiva** para **mejorar la atención y la accesibilidad** al sistema sanitario de las **personas afectas** de Alzheimer y otras Demencias y a las **personas que las cuidan**, entendiendo la especial situación en la que se encuentran facilitando la intimidad y la personalización.

- Específicos:

- Mejorar la atención a las personas con demencias y las personas cuidadoras mediante la **personalización** de la atención.
- Garantizar el respeto a la **autonomía** del paciente, a la **intimidad y a la confidencialidad**.
- Realizar actuaciones de **prevención y promoción de la salud** a las personas con demencias y las personas cuidadoras .



Medidas a poner en marcha



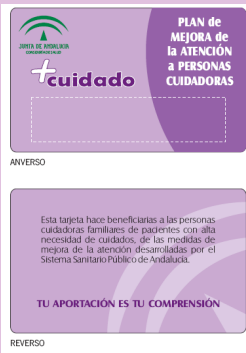
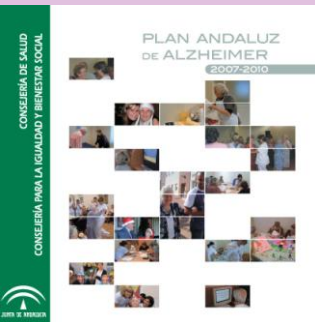
Quiero que me agilicen todos los trámites burocráticos. M.G.P.

La Personalización.

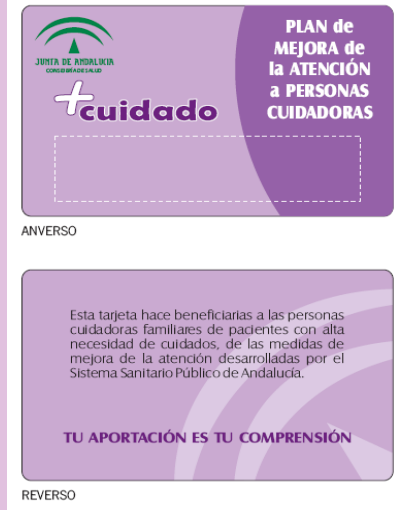
El Respeto.

La Promoción de las actividades preventivas.

La mejora de la Atención.



TARJETA +cuidados



La dispensación de la Tarjeta + Cuidado en 2010 se ha sustentado en un reparto más dirigido a personas cuidadoras de Alzheimer, así de un incremento de 7477 tarjetas, el 60% (4447 tarjetas), han sido para personas cuidadoras de Alzheimer, a diferencia del primer año que primó, en cuanto a número, las personas cuidadoras de grandes discapacitados de los que se tenía ya una base de datos.

PERSONAS CUIDADORAS CON TARJETA + CUIDADOS A 1 DE AGOSTO 2011

	TOTALES	MUJERES	HOMBRES
ALMERIA	6252	5472	780
CÁDIZ	9312	7834	1478
CÓRDOBA	4777	4011	766
GRANADA	7373	6295	1078
HUELVA	3090	2602	488
JAEN	6957	5986	971
MÁLAGA	5213	4455	758
SEVILLA	9976	8477	1499
TOTAL	52950	45132	7818

PERSONAS CUIDADORAS CON TARJETA + CUIDADOS A 1 DE AGOSTO 2011

MUJERES

45132

HOMBRES

7818

PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA, CON TARJETA + CUIDADOS A 1 DE AGOSTO 2011

MUJERES

20484

HOMBRES

3734

Evaluaciones y propuestas de mejora

Equipos directivos de las asociaciones:

Aspectos positivos:

Mejora la atención de las personas con EA y de las personas que cuidan.

Mejora la coordinación de citas y pruebas complementarias.

Se prioriza el traslado sanitario.

Se proporciona una información suficiente y adecuada.

La información recibida en las AFAs ha sido adecuada y suficiente.

Aspectos a mejorar:

Se debe mejorar el acompañamiento en el hospital y en las áreas de urgencia.

Se debe mejorar la atención que reciben las personas que cuidan en la unidades de atención ciudadana.

Se debe favorecer la coordinación en las citas.

AL LADO

Al Lado, Demencias/Alzheimer (D/A), surge con el propósito de convertirse en un instrumento de cooperación entre los servicios sanitarios y las asociaciones para ganar en salud y facilitar la labor de las personas cuidadoras.

Se trata de propiciar la mayor ganancia en salud que pueda facilitar la gestión y toma de decisiones de la familia afectada, sobre la base de la complementariedad de lo que aporta el sistema sanitario y el movimiento asociativo en el terreno de los cuidados y de la respuesta terapéutica.



VISIÓN CLÍNICA

VISIÓN
PATOGRÁFICA



Visión global

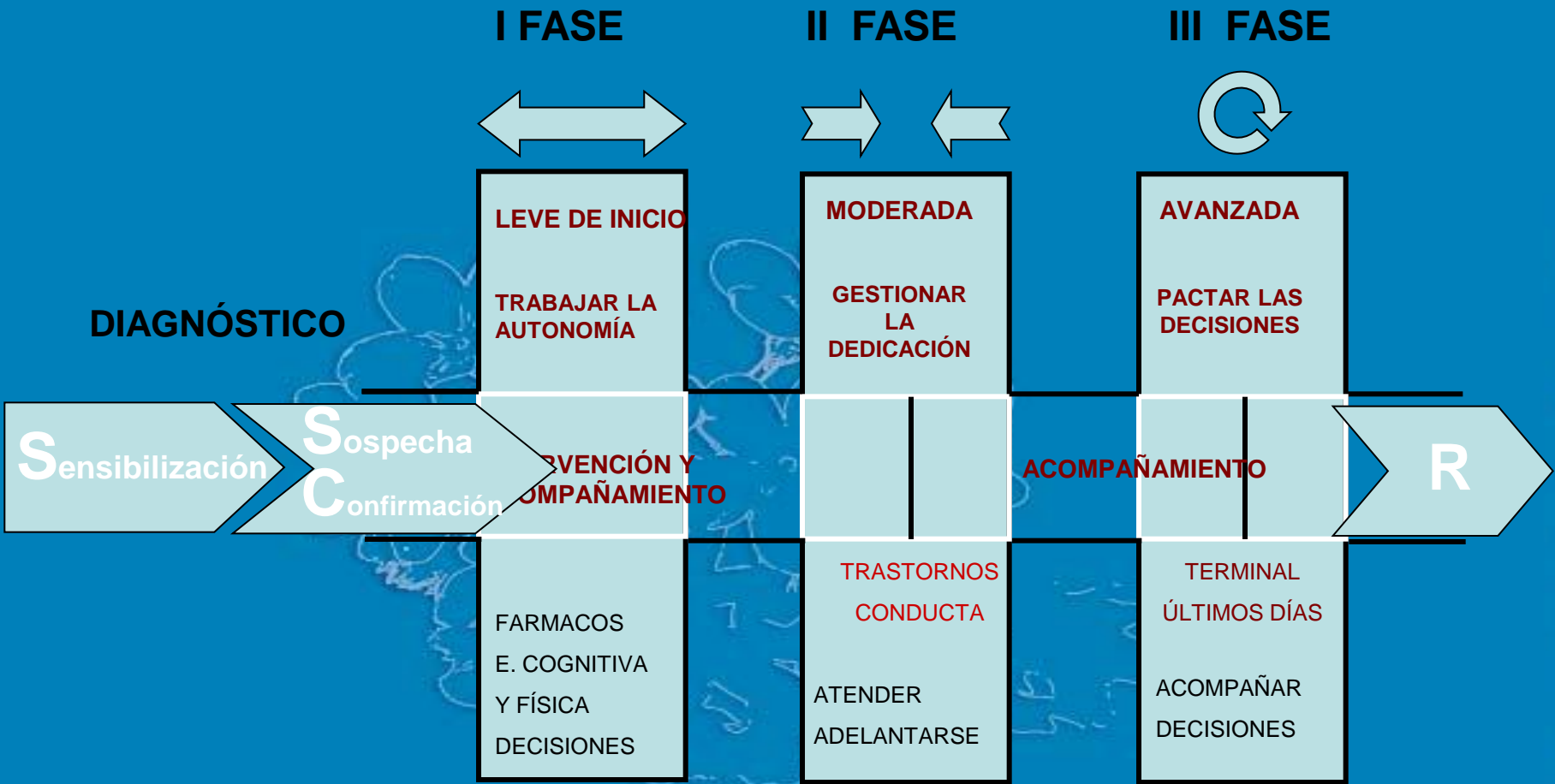


VISIÓN VITAL

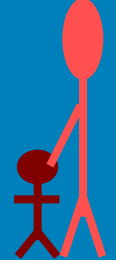
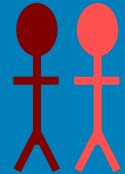
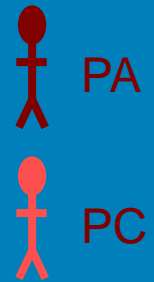
VISIÓN
BIAGRÁFICA



EL ITINERARIO DE ATENCIÓN COMPARTIDA



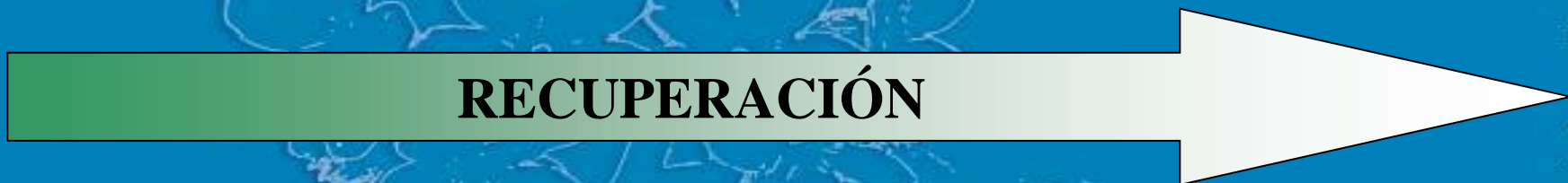
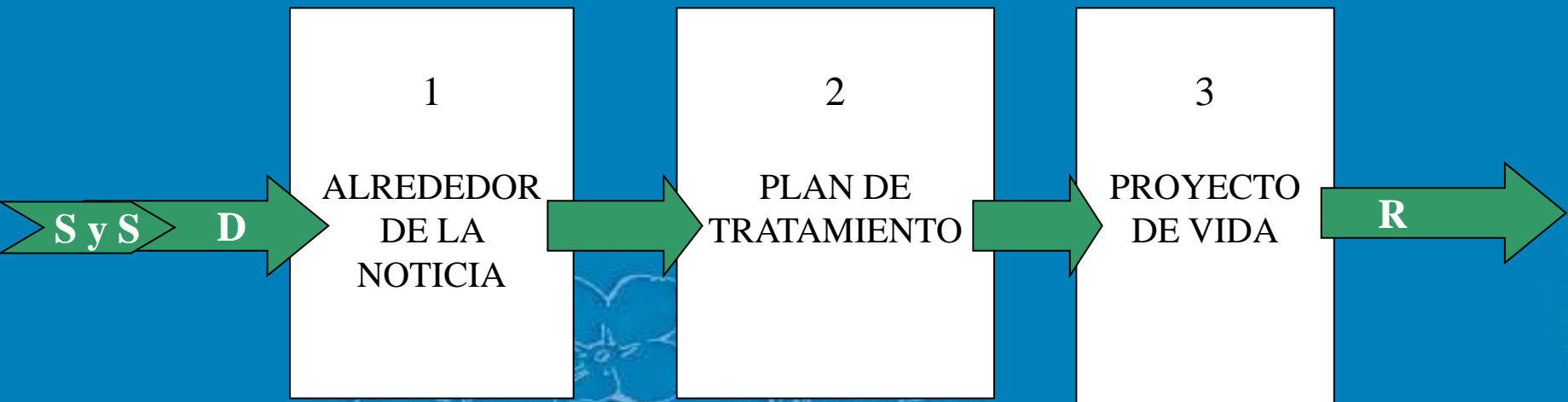
Binomio



Itinerario de Atención Compartida. Demencias / Alzheimer.

ALL LADO

* Respecto a la toma de decisiones



Binomio

PA
PC

PA: persona afectada
PC: persona cuidadora

S y S: sensibilización y sospecha.
D: diagnóstico
R: recuperación.

HOJA DE RUTA

PREPARACIÓN DEL TALLER

REALIZACIÓN DEL TALLER
Documento de partida
SITUACIÓN DE PARTIDA
PROPUESTA DE MEJORA

PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO

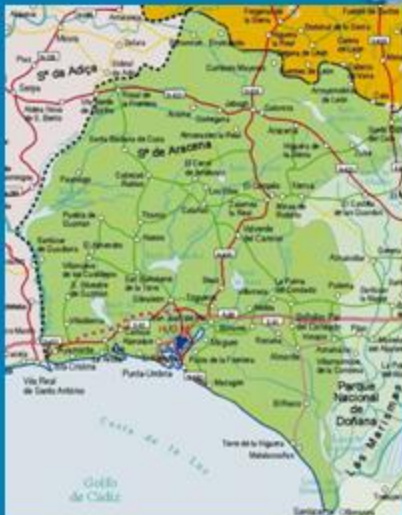
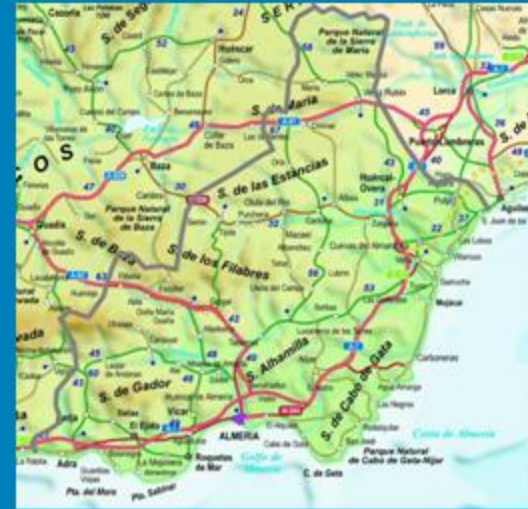
INFORME DE PROGRESO

INFORME FINAL

1 mes

4 meses

4 meses



PRIMERAS CONCLUSIONES

**ALREDEDOR
DE LA NOTICIA**

**NEGOCIACIÓN
DEL TRATAMIENTO**

HABILIDADES
NECESIDADES
APOYOS

PROYECTO DE VIDA

TOMA DE
DECISIONES
CIERRE DEL
CICLO VITAL

DUELO
RECUPERACIÓN

RECUPERACIÓN

PRINCIPIOS
BÁSICOS

La noticia como proceso **P**
Compartir y complementarse

Sobre la respuesta **R**

Formación cruzada **F**

Trabajo de aceptación

Manejo de la adversidad
Búsqueda de posición activa

AP

Documentar **SOSPECHA**

Información del momento
Trabajo de aceptación

AH

Confirmar **DIAGNÓSTICO**

Información del momento
Trabajo de aceptación

AP

Tratamiento **Confirmación**

Información del momento
Trabajo de aceptación

R

P

Aso

Plan de **Acogida**

Información del momento
Trabajo de aceptación

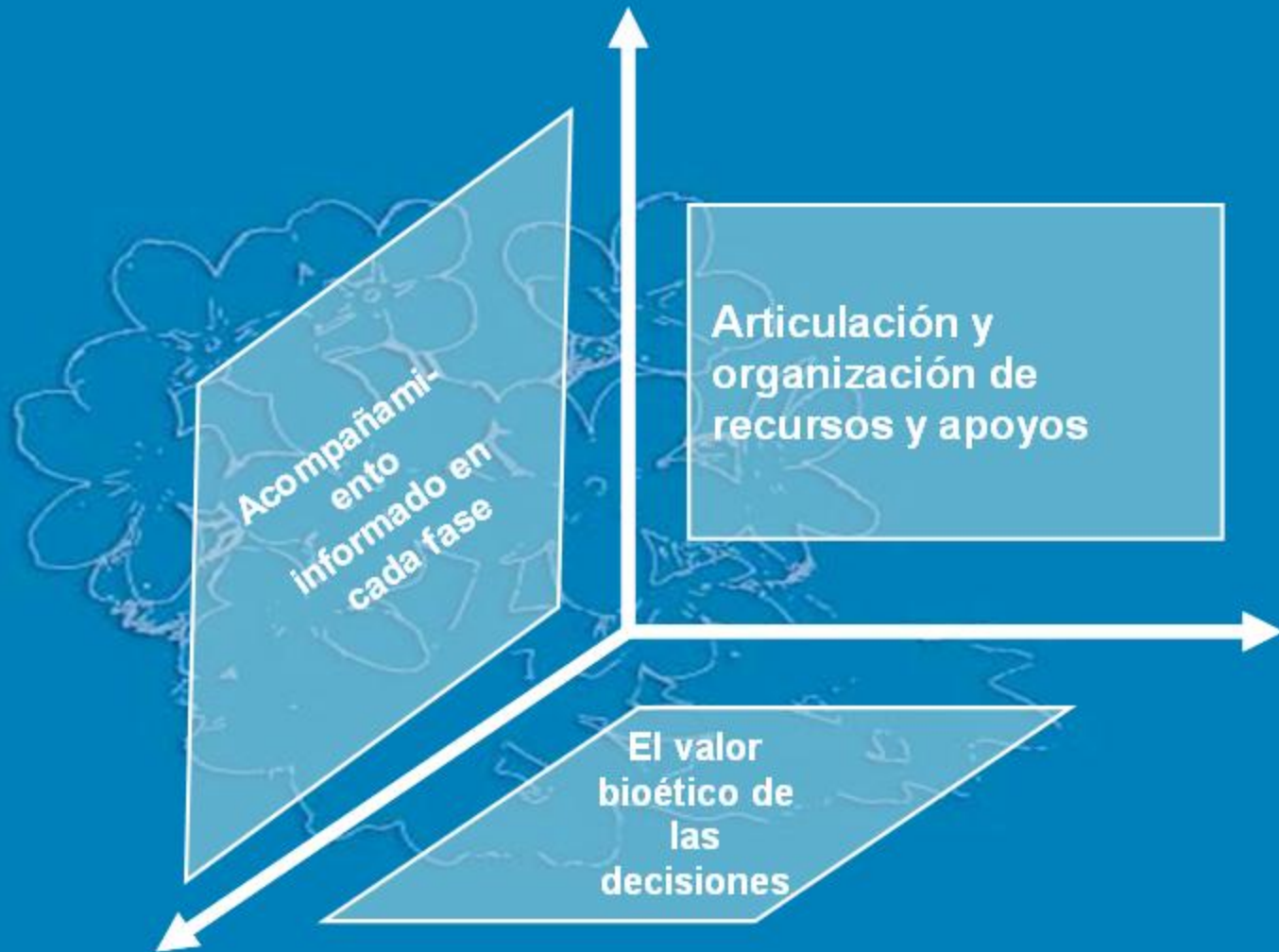
AP: Atención Primaria

AH: Atención Hospitalaria

R: Recuperación

Programas Ángel

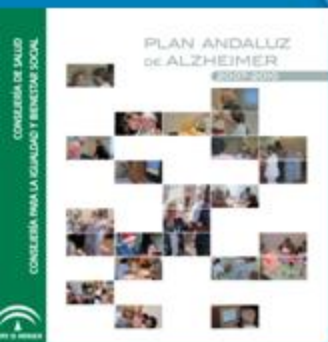
EL VALOR DEL PROYECTO AL LADO



El convencimiento de haber hecho lo más adecuado en cada momento

Un largo camino,
un futuro mejor.

Muchas Gracias



Juan Manuel Espinosa Almendro.
Director del Plan Andaluz de Alzheimer.
Consejería de Salud.
Junta de Andalucía

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

ALIADO