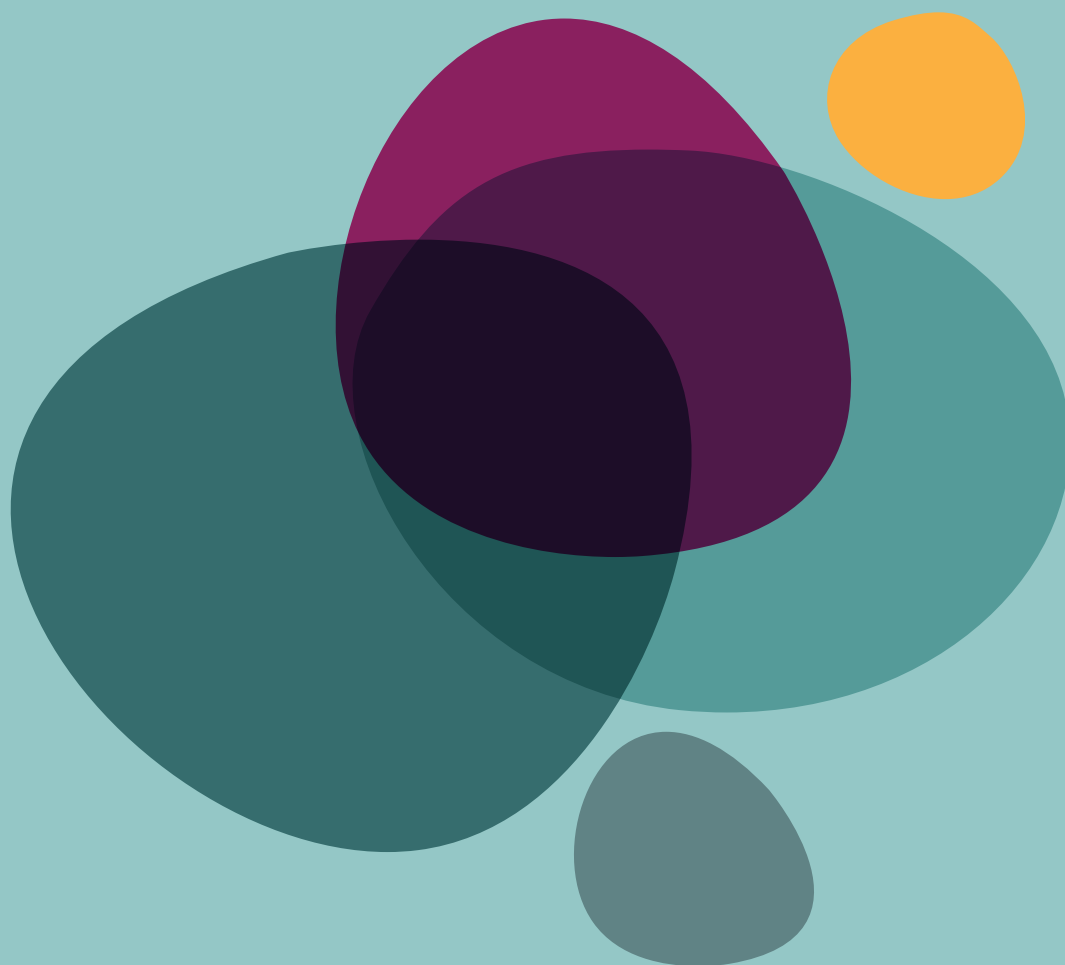


ZAINKETA ARINGARRIAK ARABAN

Prozesu asistentzial integratua



ZAINKETA ARINGARRIAKARABAN

Prozesu asistentzial integratua

Zainketa aringarrietako lantaldea
Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzua
Arabako Lurralde Zuzendaritza - Osasun eta Kontsumo Saila
2012ko maiatza



Ana Arrieta
Rafael Hernández
Alberto Meléndez

*Goian adierazitakoek egin dute agiri hau, eta ekarpenak egin
dituzte Arabako Lurralde Ordezkaritzan horretarako propio
sortutako lantaldeek*

01	SARRERA	7
02	HELBURUAK ETA PUNTU GAKOAK	9
03	GARAPENA ETA LEGE-ESPARRUA	11
	Europako arautegia eta gomendioak	11
	Arauk eta estatuko garapen-planak	11
	Euskal autonomia erkidegoko arautegia eta garapen-planak	12
04	DEFINIZIO FUNTZIONALA	13
05	XEDE-POPULAZIOA	15
	Gaixotasunen eboluzio-ibilbideak	15
06	BEHARRAK NEURTZEA	18
07	ARABAKO BALIABIDE ASISTENTZIALAK	20
08	SARTZEKO MUGAK	20
	Trantsizio-egoerak	22
	Erabakiak hartzea	23
09	KONPLEXUTASUNA, BEHARRAK KUDEATZEKO ELEMENTU GAKOA	26
	Baliabidea egokitzea. konplexutasun-mailak	26
10	PAZIENTEA/FAMILIA UNITATEAREN BALIOESPEN INTEGRALA ZAINKETA ARINGARRIETAN. ARRETA PLAN INDIBIDUALIZATUA EGITEA (API).	32
11	ARABAKO PLAN INTEGRALAREN ANTOLAKUNTZA ASISTENTZIALA	34
	Detektatzea, kodetzea eta erregistratzea	34
	Hasierako balioespena eta arreta plan indibidualizatua egitea (api)	36
	Jarraipena	36
12	GAIXOTASUN TERMINALA DUTEN GAIXOAK ARTATZEN DITUZTEN BALIABIDEEN FUNTZIOA	37
	Etxeko baliabide konbentzionalak	38
	Lehen mailako arretako lantaldeak	38
	Ospitale orokorretako espezialitate-zerbitzuak	39
	Egonaldi ertain eta luzeetarako baliabideak	40
	Abegi-zentroak eta beste baliabide sozial batzuk	41
	Larrialdietako baliabideak	42
	Behar-krisialdia	43
	Zainketa aringarrietako baliabide espezifikoak	44
	Lehen mailako arretako zainketa aringarrietako laguntza-taldea	44
	Ospitaleko zainketa aringarrietako laguntza-taldea	45
13	BEHARREZKO BALIABIDEAK. LAGUNTZA-TALDEAK	48
14	ZAINKETA ARINGARRIEN TALDE FUNTZIONALA	49
15	PLANA EBALUATZEA	50
16	PROFESIONALAK PRESTATZEA	51
17	ARABAN ZAINKETA ARINGARRIETAKO ARRETAREN PROZESUA ABIARAZTEKO, KOORDINATZEKO ETA IKUSKATZEKO ORGANIGRAMA	54
	Asistentzia koordinatzeko unitatea	54
	Plan integrala kudeatuko duen taldea	54
	ERANSKINAK	57
	I. eranskina: fase aurreratu eta terminalean den gaixotasunaren ezaugarriak	59
	II. eranskina: gaixotasunaren fase aurreratuan/terminalean aurkitzen den gaixoaren eta haren senitartekoen balioespen integrala	63
	III. eranskina: arreta plan indibidualizatua (api)	79
	IV. eranskina: Etxeko jarraipen-orria.	80
	V. eranskina: eskalak	81
	KONTSULTATUTAKO BIBLIOGRAFIA	91

Gizakion bizitzaren parte dira gaixotasuna eta heriotza. Espainian urtero hiltzen diren pertsonen erdia baino gehiago, hainbat sufrimendu-maila dituen eta ezin osa daitekeen gaixotasunaren fase aurreratuan edo azken fasean hiltzen dira. Fase horretan daude ospitalean aurkitzen diren gaixoen %8 eta %22 bitarte.

Gaixotasun terminala duen gaixoari nahiz haren familiari eskainitako arreta lehenasunezko auzia bihurtu da osasun-erakundeetan. Gaur egun, beraz, inork ez du zalantzan jartzen minbiziaren fase aurreratuetan egon eta tratamendu sendagarririk hartu ezin izanagatik nahiz, gero eta sarriago gertatzen den moduan, organoren baten gutxiegitasun kronikoa pairatzeagatik bizitzaren azken txanpan dauden gaixoen kalitatezko zaintzak, hots, **zaintza aringarriak** izatea merezi dutela.

Arreta aringarriaren helburu asistentziala sufrimenduari heltzea izateak erakusten du gizarteak zer nolako heldutasun-maila duen. Bizitza baieztatu eta heriotza saihestezina dela onartzen dute zainketa aringarriek. **Ongizatea eta bizikalitatea dute helburu zainketa aringarriek.**

Zahartzeari eta gaixotasun kronikoei egin behar diete aurre osasun-zerbitzuek XXI. mendean. Gaixo onkologikoen aitortutako beharrak bazter utzita, populazioaren zahartze-progresiboaren eraginez gero eta behar handiagoa dago minbizia ez duten gaixo terminalei zainketa aringarriak goiz aplikatzeko.

Hizpide ditugun behar nahiz eskaera aldakorrek asebetetzeko asmoz, hainbat jarduera eta ekimen berritzaile jarri behar dira martxan egungo osasun-ingurunean. Horretarako, eskura dugun ezagutza gero eta handiagoa erabili beharko da. **Osasun-sisteman, zehazki, gero eta gehiago eskatzen da, baita halabeharrez eskatu ere, bizitzaren azken faseko arreta nahiz bizitzako azken faseetako duintasuna zein bizi-kalitatea zaintzea.**

Gaixotasunaren azken fase aurreratuan edota fase terminalean egoteagatik, zainketa aringarriak beharko lituzkete Osasun Sistema Nazionalean hiltzen diren pertsonen %50 eta %60 bitarte. Balioespen hori dakar, bederen, Zainketa Aringarriei buruzko Estrategiak. Zainketa aringarrietako lantaldeek minbiziagatik hiltzen diren gaixoen %60 inguru eta onkologikoak ez diren beste arrazoi jakin batzuegatik hiltzen direnen %30 inguru artatu beharko lituzkete.

Bizitzaren azken fasean dauden pertsonak artatzeko orduan, honako alderdi hauek zainduko dira: eskura dauden baliabide asistentzialak modu koordinatuan erabiltzea, gaixoa etenik gabe artatuko dela bermatzeko asmoz; gaixotasunaren fase terminal aurreratuan dauden gaixoen egoki **identifikatzea**; **arreta-plan individualizatua** egitea eta, bertan, pazientearen nahiz haren inguruko beharrak jasotzea; zuzentasuna bermatzea, bai eta, **komplexutasunaren** arabera, unean une gaixoari aplikatu beharreko asistentzia-maila edo baliabidea eskaintzea ere; eta, azkenik, prozesu asistentzialaren kalitatea egiaztatzen duen **aldian behingo ebaluazioa** egitea.

Programa integral bat ezarriko du gure lurraldean Arabako Lurralde Ordezkaritzak. Programa horren bitartez, hizpide ditugun gaixoen artatzeko orduan artean diren eragileen ahalegin guztiak batu nahi dira. Kontuan hartu beharra dago, edonola ere, mintzagai ditugun pazienteen nahiz haien familien sufrimendua hainbat mailatan sailkatu daitekeela eta, maila horien arabera, baliabide bat ala beste erabili beharko dugula haien sufrimendua arintzeko. Horretaz gainera, gaixotasuna terminal bihurtzen ari den prozesuan behar horiek aldatzen dira eta, ondorioz, baliabide bat bestearekin arin lotzeko egiturak izan behar ditugu eta, horien barruan, asistentziamaila guztiak koordinatuko dituzten elementuak egon behar dira. **Asistentzia Prozesu Integrala** izango da hizpide dugun arretaren ardatza. Lehen-lehenik, ebaluazio hona egingo da, pazientearen nahiz haren familiaren beharrak ezagutzeko eta eskura dauden baliabideetatik onena eskaintzeko asmoz. Trabarik gabeko komunikazioa izango da, sistema egoki dadin prozesuan barrena suertatutako beharaldaketetara.

Egitura horretan guztian funtsezkoa izango da herritarraren iritzia kontuan izatea, haiek pairatzen ari baitira, pairatu izan dute eta pairatuko baitute egoera hori. Hainbat mekanismo ezarri behar dira herritarren beharrak ezagutzeko eta gizarteeragileek nahiz pazienteen elkarteek aktiboki parte hartzeko.

Prozesu asistentzial integratuaren helburu nagusiak dira, *batetik, gaixotasun aurreratuak dituzten pertsonen nahiz haien senitartekoen bizi-kalitatea modu arrazional, planifikatu eta eraginkorrean hobetzea eta, bestetik, zainketa aringarriak izan daitezela gaixoen nahiz horiek zaintzen dituztenen legezko nahiz banakako eskubide.*

Helburu nagusi hori betetzeko, honako helburu zehatz hauek bete behar dira:

- Estaldura osoa lortzea.
- Asistentziaren maila guztiak koordinatzea, bai eta artean diren baliabide guztiak ere. Existitzen diren baliabide guztiak erabiliko dira, eta horiek osatuko dituzten baliabide berriak sortu.
- Arreta orekatua lortzea, gaixotasun-motaren edo arreta-eremuaren arabera bereizketarik egin gabe.
- Baliabideak kalitatez, eraginkortasunez eta efizienteki erabiltzea, betiere, ebidentzia zientifikoarekin bat.
- Pazienteak, familiak eta profesionalak pozik egon daitezela lortzea.
- Profesional nahiz zainzaileen etenik gabeko prestakuntza sustatzea, helburu hauei heldu ahal izateko.

Helburu horiek guztiak betetzeko, programa bat sortu eta hura osasun-sisteman txertatu beharra dago. Programak osasun-sistemari eutsi behar dio, eta osasunsistemak programari. **Zainketa aringarriak ez ditugu profesionalen talde batek zuzendutako salbuespenezko ekintza moduan hartu behar.** Hil herioan diren pertsonak zaintzeko modua dira zainketa aringarriak, arretaren maila guztietan zaindu behar direnak.

Ahal dela, etxean artatuko ditugu gaixoak, gaixo gehienek lekurik gogokoena baita, eta bertan emango baitute denbora gehien beren gaixotasunak aurrera egin bitartean. Gaixoen beharrak, hala ere, aldakorrak dira. Lehen mailako arretakoek nahiz ospitalekoek, baliabide asistentzial guztiek bermatu behar dute asistentziamaila guztietan izango direla zaintza aringarriak. Prozesu asistentzialak iraun bitartean, banakako balioespena egin beharra dago ezinbestean. Behar guztiak neurtzeaz gain, balioespen horretan zehaztuko da, baita ere, kasu guztietatik zeintzuk diren konplexuenak eta, ondorioz, zainketa aringarrien taldeek ebaluatu nahiz, beharrezkoa den bitartean, artatu beharrekoak.

Hizpide dugun fasean dauden gaixoen nahiz haien familiek era askotako beharrak dituzte. "Asistentzian hutsunerik" egon ez dadin, beraz, koordinazio-zirkuituak ezarri beharko dira lehenik. Unean une ondoen prestatu nahiz konfiguratu dagoen baliabidearen bitartez arta dezaten eskubidea du pazienteak. Gaixoen beharrak aldakorrak direnez, koordinazio-mekanismoak ezarri behar dira gaixoari nahiz haren familiari arreta integrala nahiz etengabea eskaini ahal izateko.

Lortu nahi dugun programa horrek honako ezaugarri nagusi hauek izango ditu:

- Osasun-sistemaren barruan txertatuko da.
- Pazientean nahiz haren familian jarriko du arreta osoa.
- Etxea izango da asistentziaren funtsezko gunea.
- Haien beharrak ahalik eta baliabiderik egokienarekin estali ahal izateko, pazientearen nahiz haren familiaren esku jarriko dira baliabide guztiak.
- Eremu soziosanitarioan, ereduzko taldeek sustatuko dute prestakuntza nahiz laguntza.
- Beharrak kudeatzeko orduan, kasuaren konplexutasuna hartuko da kontuan.
- Asistentzia hobetzeko asmoz, hezkuntza, ikerketa, garapena eta berrikuntza sustatuko ditu.
- Asistentzia koordinatzeko unitatea arduratuko da ekintzak dinamizatzeaz eta mailen arteko koordinazio-konpromisoa ageriko egiteaz.
- Programaren kalitatea ikuskatu eta monitorizatuko du kudeaketataldeak.

Prozesu integralaren puntu gakoak honako hauek dira:

- Pazientea eta haren familia dira arretaren gunea. Haien egoeran ahulezia eta ezengonkortasuna dira nagusi, eta ez dugu haiek eskatzeko zain egon behar haiei gure zerbitzuak eskaintzeko. Horretarako, haien beharrak eta proposamenak zein diren jakin behar dugu lehen eskutik. "Zaintza-unitateak", hau da, pazienteak eta haren familiak, era askotako beharrak izan ditzakete hainbat eremutan. Zainketa aringarriak, hain zuzen ere, behar horiei aurre egiteko modurik eraginkor eta efizienteena dira.
- Asistentzia-maila guztietan egon behar da zainketa aringarriak aplikatzeko aukera. Kasurik konplexuenetan, profesionalen talde espezifikokoak behar dira lehen aipaturako maila guztietan.
- Hizpide dugun fasean dauden gaixoen nahiz haien familiek era askotako beharrak dituzte. Hortaz, "asistentzian hutsunerik" egon ez dadin, koordinazio-zirkuituak ezarri beharko dira lehendabizi. Inor ez da pazientearen jabe eta, horrenbestez, unean une ondoen prestatu nahiz konfiguraturik dagoen baliabidearen bitartez hura artatzeko eskubidea du pazienteak. Gaixoen beharrak aldakorrek direnez, koordinazio-mekanismo horiek ezarri behar dira gaixoari nahiz haren familiari arreta integrala eta etengabea eskaini ahal izateko.
- Gaixoen eta haren senitartekoen, oro har, nahiago dute etxean egon. Are gehiago, prozesuaren zatirik handiena etxean igarotzen dute. Lehen mailako arretaren egitekoa funtsezkoa da, hala nahi duten bitartean, pazienteak eta haren familia etxean egon daitezela lortzeko.

— Europako arautegia eta gomendioak

Garrantzi eman die Europar Batasunak zainketa aringarriari. Gaixo terminalek bakean, duintasunez, eta maite dutenek lagunduta hiltzeko eskubidea dutela adierazi zuen Europako parlamentu-biltzarrak 1976ko 613. ebazpenean. Ondoren, honako hau gehitu zen 779. Gomendioan: medikuntzaren helburu bakarra ez dela izan behar, berez, bizitza luzatzea, sufrimendua arintzeaz ere arduratu behar baita medikuntza.

1997. urtean, berriz, Biologia nahiz Medikuntza Aplikatzeko Orduan Giza Eskubideak eta Gizakien Duintasuna Babesteari buruzko Europako Biltzarra egin zen. Biltzar hartan, gaixo terminalak esplizituki aipatu ez baziren ere, pazienteen eskubideei buruzko printzipio garrantzitsuak ezarri ziren.

14/18/1999 gomendioaren bitartez, gaixo terminalen duintasuna errespetatu eta babes zitzatela eskatu zien Gaixo Terminalen eta Hiltzerian dauden gaixoen Giza Eskubideak eta Duintasuna Babesteari buruzko Parlamentu-biltzarrak Europako Kontseiluko estatu kideei. Bestetik, 24/2003 gomendioaren bitartez Europako Kontseiluko Ministroen Batzordeak gobernuen gain utzi zuen zainketa aringarriak jasotzea erraza izango dela bermatzeko marko politikoa garatzeko ardura.

Berriki, minbiziaren kontrako estrategia orokorrean zainketa aringarriak sartu behar direla adierazi du Europako Parlamentuak B6-0132/2008 Ebazpenean, Europar Batasuneko minbiziaren kontrako borrokari buruzkoan. Ebazpen horretan bertan, zainketa aringarriak sustatzeko, bultzatzeko, eta horiek aplikatzeko zuzentaruak emateko eskatu zaie Kontseiluari nahiz estatu kideei.

— Arauak eta estatuko garapen-planak

Konstituzioaren 43. artikuluan nahiz harekin lotura duten artikuluetan aitortutako osasuna babesteari buruzko eskubidearekin lotura duten ekintza guztiak arautu ditu Osasunari buruzko apirilaren 25eko 14/1986 Lege Orokorrak. Osasun Sistema Nazionala sortzeaz gain, lege horretan jaso da, baita ere, osasuna modu integralean eta kalitate-maila handiarekin zaindu beharra dagoela.

2000. urteko abenduaren 18an, Osasun Sistema Nazionalako Lurralde arteko Kontseiluaren osoko bilkuran, Zainketa Aringarrien Plan Nazionala garatzeko oinarriak onartu ziren.

Pazientearen autonomia eta agiri nahiz informazio klinikoarekin lotutako eskubideak eta obligazioak arautzen ditu azaroaren 14ko 4/2002 Oinarrizko Legeak. Zainketa aringarriak esplizituki aipatu ez arren, pertsonen eta osasun-sistemaren arteko harremanaren garrantzi handiko hainbat alderdi bildu dira lege horretan, hala autonomiarekiko errespetua, nola informazioa jasotzeko eskubidea eta pazienteak baimena ematea.

Osasun Sistema Nazionalaren Kohesioari eta Kalitateari buruzko maiatzaren 28ko 16/2003 Legean, berriz, lehen mailako arretan nahiz arreta berezitan gaixo terminalei arreta aringarria eskaini behar zaiela adierazi da, bai eta zerbitzuen katalogoa ezarri ere.

Osasun Sistema Nazionalako zerbitzu komunak zerrenda nahiz hura eguneratzeko prozedura ezartzen dituen irailaren 15eko 1030/2006 Errege Dekretuak OSN-ren kohesioari eta kalitateari buruzko Legea garatu du. Aipatu berri dugun Errege Dekretu horretan, lehen mailako arretaren nahiz arreta berezituaren zerbitzu-zorroak zehaztu direnean, gaixo terminalen arreta aringarriak zerbitzutat jo dira, eta zainketa mota horren gutxieneko edukiak zehaztu.

2006ko martxoan, berriz, Osasun Sistema Nazionaleko kalitate-plana aurkeztu zen. Besteak beste, zainketa aringarrien estrategia espezifikoa garatzeko beharra jaso zen kalitate-plan horretan.

2007ko uztailan, Osasun Sistema Nazionaleko zainketa aringarrien strategiaren aurkezpen publikoa egin zen. Aipatu estrategia hori, honako bost ildo estrategikoetan oinarritzen da: arreta integrala; antolakuntza eta koordinazioa; pazientearen autonomia; prestakuntza; eta ikerketa.

Otsailaren 2ko 124/2007 Errege Dekretuaren bitartez eta aurreratutako nahiak errespetatuko direla bermatzeko asmoz, Aurretiazko Argibideen Erregistro Nazionala eta dagokion datu pertsonalen fitxategi automatizatu arautu dira.

2011ko maiatzaren 13an, zainketa aringarriei eta duintasunez hiltzeari buruzko lege-aurreproiektua onartu zuen Gobernuako Ministroen Kontseiluak. Haren bitartez, gaixo terminalen eskubideak bermatu nahi dira, eta osasunaren arloko profesionalak juridikoki babestu. Eredu asistentziala eskubide- nahiz berme-sistema bihurtu dadila lortu nahi da haren bitartez. Gaur egun, parlamentuko izapideetan da oraindik lege-aurreproiektua.

— Euskal Autonomia Erkidegoko arautegia eta garapen-planak

Gaia janzteko eta sentsibilizatzeko epea igaro ondoren, hil herioan diren gaixoak artatzen dituzten lehen mailako zerbitzuak garatzen eta hobetzen lagundu zuen zainketa aringarrien garapena Euskal Autonomia Erkidegoan finkatzeko 1998-2002 planak, bai eta gaixo akutuen ospitaleetan zainketa aringarrietako lehen laguntzataldeak sortzen ere.

Gaixoen eskubideak bermatzeko aukera eman dute, lehenik, Eusko Legebiltzarraren abenduaren 12ko 7/2002 Legeak, osasunaren arloko aurretiazko borondateei buruzkoak eta, bestetik, Eusko Jaurlaritzaren azaroaren 4ko 207/2003 Dekretuak, Aurretiazko Borondateen Euskal Erregistroa sortzeari buruzkoak. Aipatu berri ditugun lege eta dekretu horiei esker, aurretiazko beren nahiak adieraz ditzakete pertsona guztiek duintasunez hil ahal izateko.

Euskal Autonomia Erkidegoaren Zainketa Aringarrietako Planean –Bizitzaren azken fasean dauden pazienteen atentzioa, 2006-2009– honako helburu hauek zehaztu ziren: bizitzaren amaieran dauden pertsonen atentzioaren kalitatea hobetzea; dispositibo asistentzialak egokitzea; asistentzia integral eta koordinatua bermatzea; lan asistentziala erraztuko duten elementuak sartzea, prestakuntzaren, ikerketaren eta ebaluazioaren bitartez; eta herritarren parte-hartzea sustatzea. Plan horretan, lurralde-zuzendarien gain uzten da plan asistentzialak lantzeko nahiz haien jarraipena egiteko ardura.

Gomendio hori gogoan, Arabako Lurralde Zuzendaritzaren “Zainketa Aringarrien Plana 2008 - 2010. Bizitzaren azken fasean diren pazienteen atentzioa” izeneko planak honako helburu hauek izan zituen: zainketa aringarrien eskaintzaren protokoloa egitea; arreta normalizatzea eta homogeneizatzea; kudeaketa-sistema integratua egitea; eta zainketa aringarrietan trebatzea nahiz ikertzea.

“Gaixotasun terminala duen pazientearen eta haren familiaren arreta integrala: Arabako eskualdearentzako proposamen orokorra” izeneko agiria aurkeztu zen 2010ean. Arabako zainketa aringarrien alorreko profesional arduradunek egindako agiri horren bitartez, Arabako zainketa aringarriak egituratu eta garatu nahi dira.

Zainketa aringarri deritzo, hain zuzen ere, diziplina arteko talde batek pazientei nahiz haien familiei, gaixotasuna sendatzeko itxaropenik ez dagoenean, eskaintzen dien asistentzia oso, aktibo eta etengabeari. Hona hemen OMEren definizioa: *“Fase aurreratuan eta sendaezinean aurkitzen den gaixotasunari heltzeko modua dira zainketa aringarriak. Gaixotasun bat pairatzen duten pazienteen nahiz haien familien bizi-kalitatea hobetzeko asmoa dute zainketa aringarriek. Helburu hori betetzeko, sufrimendua prebenitzeko eta arintzeko neurriak ezartzen dira, adibidez: diagnostikoa goiz egitea; ebaluazio egokia gauzatzea; eta mina nahiz beste era bateko arazo fisiko, psikosozial zein espiritualak egoki tratatzea”*.

Zainketa aringarri deritzo, beraz, gaixo terminalen nahiz haien familien behar fisiko, psikoemotional, espiritual eta sozialak modu integrarean asetzeko ekintzen multzoari. Baliabide koordinatuak erabiltzen dira ekintza horietan. Horrela, gaixoa eta haren familiari etenik gabe laguntza eskainiko zaiela bermatuko da, gaixoa fase terminalean dagoela jakiten denetik eta hura hil arte eta, are, doluan ere. Hizpide ditugun zaintza horiek **ez dira, eskusiboki, zerbitzu edo talde bakar batenak**; era horretako kasuekin harremanean diren osasunaren arloko edozein profesionalak izan behar du zainketa aringarriak eskaintzeko aukera. **Lantalde espezifikoak, beren aldetik, zainketa aringarriei buruzko prestakuntzan eta ikerketan aitzindari izateaz gain, egoera konplexuetan hartuko dute beren gain hizpide dugun arreta.**

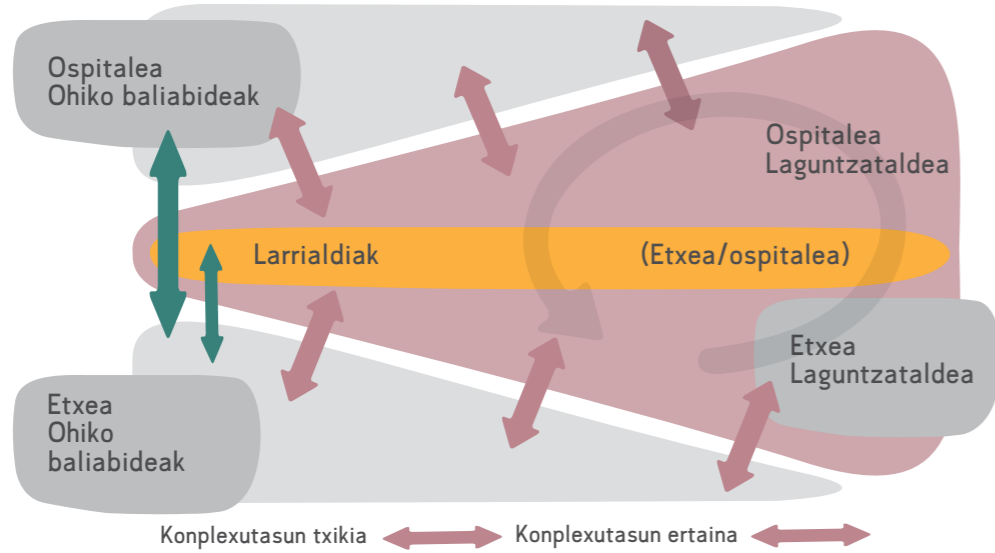
Asistentzia-prozesuaren abiapuntu eta ardatza izango dira paziente eta haren familia. Haien beharrei erantzuteko antolatuko da sistema. Dimentsio askotatik balioetsiko da pazientearen egoera, eta hura banaka artatzeko plana ezarriko da. Gaixoa zentratuko da plana, eta haren behar, balio, desio eta lehenetsunetara egokituko da. Plan horretan jaso beharko dira, baita ere, sintomen kontrola eta familia nahiz zaintzaileentzako laguntza psikoemotionala; asistentzia jarraitua izango dela bermatuko da, baita “behar-krisialdi” delakoetan ere (aurrerago ikusiko dugu).

Diziplina arteko asistentzia-eredua beharrezkoa da hil herioan diren gaixoak egokiro artatzeko. Bi ezaugarri berezi ditu asistentzia eredu horrek: batetik, asistentziaren hainbat maila koordinaturik jardun behar dute, elkarlanean aritu eta ardurak partekatu; horrez gain, ohiko osasun-baliabideak nahiz zainketa aringarrien baliabide espezifikoak, biak baliatu behar dira. Zainketa aringarrien bi maila daude: oinarritzaileak eta aurreratutakoak. Oinarritzaileek dagokienez, hizpide ditugun gaixo hauekin harremanean diren osasun-dispositibo guztiek eskaintzen dituzte; aurreratutakoak, aldiz, zainketa aringarrien talde espezializatuek. **Hori dela eta, zainketa aringarrien definizioa nahiz irizpideak bateratu behar dira. Hori eginez gero, hainbat arreta-maila ezarri ahal izango dira, bai eta bideratze-estrategiak nahiz kasuan kasu egokien diren baliabideak ere.**

Kontzeptuzko eredu grafikoa jaso dugu 1. eta 2. irudietan. Artean diren baliabide guztiak, hots, ohikoak nahiz espezifikoak komunitatean nahiz ospitalean integratzeko aukera ematen du proposatutako eredu horrek. Ereduaren trantsiziomekanismoak, bidenabar, konplexutasun-irizpideak hartzen ditu oinarri. Larrialdizko zerbitzuak elementu gako dira beharrezkoak kudeatzeko orduan (hau da, *behar handia bortizki agertzen denean edo, bestela ere, alde aurretik zegoen behar batek okerrera egiteak larriki baldintzatzen duenean gaixoari eskaintutako asistentzia*) eta komunitatearen nahiz ospitalearen arteko trantsizioan.

Gure lurraldean erabilgarri dauden baliabideak aurki ditzakegu irudi hauetan. Ikus dezakegu, baita ere, pazienteek zer mugimendu egin ditzaketen prozesu asistentzialeko osagai batetik bestera. Horrela, mailen arteko irisgarritasuna zail edo muga ditzaketen oztopoak gainditzeko **irizpide objektiboak** proposatu ahal izango ditugu.

1. irudia: zainketa aringarrien eredu asistentzialaren irudikapen grafikoa



2. irudia: ereduaren irudikapen grafikoa. Baliabide guztiak jarri ditugu, bakoitza prozesu asistentzialean izan dezakeen lekuan.



zainketa aringarrien prozesu asistentzialaren barruan, era honetako pertsonak sartzen dira: gaixotasunaren fase aurreratuan dauden pertsonak, gaixotasun sendagaitza eta progresiboa dutenak, tratamendu espezifikoaren aurrean erantzuteko aukerarik ez dutenak, eta bizi-pronostiko mugatua daukatenak. Arestian aipatzen genuen moduan, gaixotasun progresiborik ez duten eta gertu hilko ez diren gaixoei ere zainketa aringarrien programa aplikatu dakieke (adibidez, garuneko hodietako istripuaren ondorio larriak pairatzen duten gaixoei).

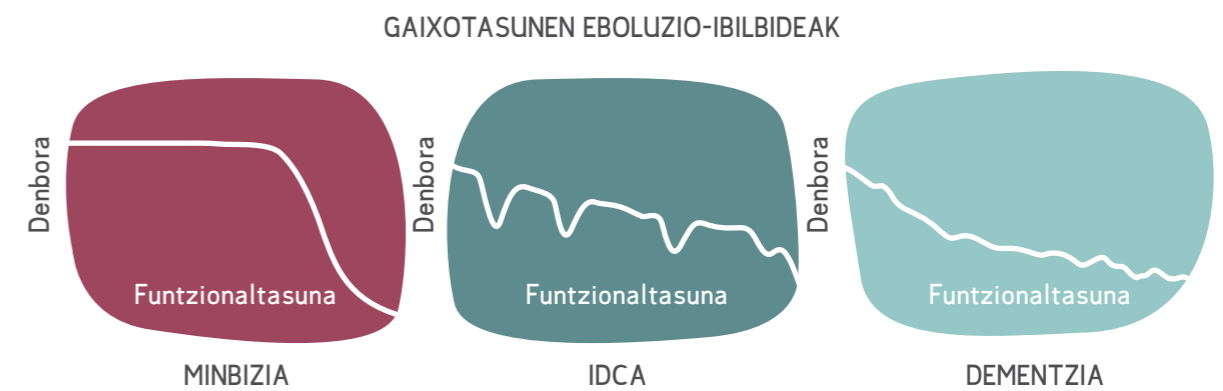
Gaixotasunaren fase horretan, sintomak biziak dira, anizkunak, faktore anitzak, denboraren joanaz eta gaixotasunak eboluzionatu ahalaz aldatzen direnak; gaixoak gero eta menpekotasun handiagoa agertzen du, behar handiak, zaintzen behar handia; eta pazienteen, haien familien nahiz lantalde terapeutikoen gain eragin emozional handia duten behar-krisialdiak gertatzen dira maiz. Gero eta argiago dago era horretako gaixotasunaren fase goiztiarretan aplikatu behar direla zainketa aringarriak, gaixotasun horiek berekin dakarten sufrimendua ahalik eta gehien murrizteko.

Bizitzaren amaierako asistentzia garatzeari eta hobetzeari lehentasuna ematen dio Osasun Sistema Nazionaleko zainketa aringarrien estrategiak, minbizia duten pazienteetan ez ezik, gaixo geriatrikoetan, gutxiegitasun organiko kroniko aurreratua duten pertsonetan, HIESA daukaten gaixoen, eta gaixotasun neurodegeneratiboak pairatzen dituzten pertsonetan –hala dementzia nola Parkinson gaixotasuna, eta beste–.

— Gaixotasunen eboluzio-ibilbideak

Pazientea hil arte, gaixotasunek hainbat eboluzio-ibilbide izan ditzakete. Batbateko eta ezusteko heriotza kasuetan izan ezik, gainerako beste gaixo guztiek fase terminala bizi dute (3. irudia).

3. irudia: Gaixotasunen eboluzio-ibilbideak



Minbizia duten gaixoen osasun-egoerak modu progresiboan egiten du behera eta, normalean, gaixoa denbora jakin batez biziko dela zehaztu daiteke. Gutxiegitasun organikoetan eta gaixotasun neurodegeneratiboetan, ordea, pazienteen osasuna poliki narriatzen da, haien progresio-abiadura beste era batekoa da, eta haien egoera bat-batean larritu izaten da. Larriagotze horien eraginez, gaixoek okerrera egiten dute, ospitaleratu beharra izaten dute, eta hil daitezke. Horregatik guztiagatik, oso zaila izaten da gaixotasunaren fase terminala identifikatzea.

Minbizia ez duten pazienteak zenbat denboraz biziko diren ondorioztatzea zaila da; zaila da, baita ere, gaixoa fase terminalean ala gaixotasunaren fase aurreratuan aurkitzen den bereiztea; eta bizi-pronostikoaren adierazlearen errendimendua oso mugatua da kasu horietan. Bizitza-pronostiko mugatua ondorioztatzeko zailtasunaz gain, gaixotasunaosatzean jartzen dute arreta gaur egun espezialitate gehienek. Erabakiak hartzeko orduan ere desberdin jokatzen da. Izan ere, gaixoak nahiz haren familiak "bizirauteko esperantza" daukatenez, zaila egiten da bizitzaren amaierarekin lotura duten gaiak lantzea.

Horren guztiaren eraginez, kasuak berandu bideratzen dira, baliabideak ezegoki erabiltzen dira, eta ez da posible izaten gaixoen beharrak estaltzeko estrategia planteatzea zainketa aringarrietako talde espezifikoek esku hartu gabe.

Gai honi buruz idatzitakoa gogoan eta gure eskarmentua oinarri harturik, bost talde hauetan bana ditzakegu zainketa aringarriak jaso ditzaketan gaixoak:

1. taldea
Patologiaren fase aurreratuan eta larriar dauden gaixoak; hiltzeko arriskuan direnak. Gaixotasuna senda dezakeen tratamendua dago, baina kale egin dezake. Batera ala bestera izan, zainketa aringarriek mesede egingo diote gaixoari. Tratamendu sendagarriak protagonismoa galtzen duenean, beharrek bat-batean egingo dute gora eta, horren eraginez, intentsitate nahiz dramatismo handiko krisiak sortuko dira. Minbizia litzateke multzo honetako gaixotasunen prototipoa.

2. taldea
Gaixotasunaren fase aurreratuan, larriar eta progresiboan aurkitzen diren pazienteak, sendabiderik ez dutenak. Askotan, 2 patologia edo gehiago izango ditu paziente berak. Ekintza terapeutikoen helburua izango da gaixoaren egoerak larrira egin ez dezala eta, larrira eginez gero, modu koordinatuan jokatzea eta erabakiak hartzeko orduan laguntza eskaintzea. Bihotz-gutxiegitasun kongestiboaren, giltzurruneko gutxiegitasuna, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren, eta era horretako gaixotasunen fase aurreratuan aurkitzen diren gaixoez ari gara.

3. taldea
Tratamendu sendagarriak izan ez arren, biziraute-denbora luzeko nahiz behar aldakorreko gaitz hilgarriak pairatzen dituzten gaixoak. Multzo honetan sartzen dira, esaterako, alboko esklerosi amiotrofikoa (AEA) daukaten pazienteak.

4. taldea
Ezarritako eta atzerakorik ez duten kalte larriak dituzten gaixoak. Kalteak ez dira progresiboak, baina gaixoa behar baino lehenago hilko da, oro har, bigarren mailako kausa batzuegatik. Hil arte, behar soziosanitario konplexu asko daukate gaixo horiek. Multzo horren barruan daude, besteak beste, garuneko hodiak istripu larrien ondorioak pairatzen dituzten pazienteak, haurren garun-paralisia gaitzaren aurrekariak dituzten pazienteak, hainbat malformaziotara lotutako kromosomopatiak daukaten haurrak, eta abar.

5. taldea
Edadeko pertsonak, patologia zehatz bat izan ez arren, adinaren berezko gaitzak eta sindrome geriatriko ezarriak dauzkatenak. Patologia bat baino gehiagorengatik egingo dute okerrera modu progresiboan eta, azkenean, hil egingo dira.

Ondoko taula honetan, multzo bakoitzaren ezaugarriak zehaztu ditugu:

	Biziraupena	Sintoma fisikoak	Behar sozialak	Behar emozionalak	Adibidea:
1. taldea	Laburra	++++	++	++++	Minbizia
2. taldea	Ertaina	++++	++	++	BGBK
3. taldea	Ertaina/Luzea	+++ /++++	+++	+++	AEA
4. taldea	Luzea	++	++++	++	GHI
5. taldea	Laburra/Ertaina	++ /+++	+++	+	Zahartasuna

Zainketa aringarrien talde "klasikoak" lehenengo hirurak dira. Hala ere, diagnostikoetan arreta jarri beharrean gaixoen beharrei erreparatzen baldin bazaie zainketa aringarriak aplikatzeko orduan, 4. eta 5. taldeetako gaixoei ere aplika dakizkieke plan honetan aurreikusitako ekintzak; osasun sisteman ez baitira askotan aintzat hartzen gaixo horiek.

311.464 biztanle eta 311.464 kilometro koadroko azalera du Arabak. OTI zenbakiaren arabera, hala ere, 295.085 paziente artatu dira Arabako osasun eskualdean. Artatutako pazienteen kopurua, beraz, biztanleena baino txikiagoa da. Arabako biztanleen %86,7 hiriburuan bizi da, hau da, Gasteizen.

Hortaz, zainketa aringarrien xede-populazioa nahiz haien estaltze-beharrak neurtzeko, minimoak kalkulatzeko asmoz 2006. urtean McNamara-k proposatutako hamar patologia aukeratu dira Osasun Sistema Nazionalaren zainketa aringarrien estrategian. Honako hamar patologia hauei buruz ari gara: minbizia, bihotz-gutxiegitasuna, gibel-gutxiegitasuna, giltzurrun-gutxiegitasuna, arnas-gutxiegitasuna, alboko esklerosi amiotrofikoa (motoneuronaren gaitzak), Parkinson gaixotasuna, Huntington-en korea, Alzheimer (dementziak) eta HIESa.

1. taula: gaixotasun terminala sortzen duten kausengatiko heriotzak Arabako lurraldean.

Gaixotasun terminala eragiten duten kausengatiko heriotzak. ARABA			
Kausak	Gaixotasunen nazioarteko sailkapena	Urteko batez bestekoa 2003-2005	Urteko batez bestekoa 2006-2008 (*)
Minbizia	C00-D48	664	700
Bihotz-gutxiegitasuna	I50 I00-I02,I26-I49,I51,I52	63	61 121
Giltzurrun-gutxiegitasuna	N00-N29		32
Gibel-gutxiegitasuna	K70,K72.1,K73-K74,K76.1.9	45	44
BGBK	J40-J44,J47 J00-J99	103	87 61
AEA eta motoneuronako gaixotasunak, Parkinson, Huntington	G00-H95		59
Alzheimer	F00-F09	115	121
	G30	83	79
	I70		32
HIES	B20-B24	9	7
GLZTIRA		1.082	1.404

(*) McMara-ren azterlanaren arabera; zainketa aringarrien estrategia nazionala egiteko oinarri hartu zena.

2006 eta 2008 urteen artean, 1400 pertsona hil ziren era horretako arrazoiengatik Araban. Minbiziak jota hildakoen eta onkologikoak ez diren prozesu terminaletan hildakoen kopurua oso antzekoa izan zen (ikusi 1. taula). Baliabide espezifikoek artatzeko beharra dute horien %60 inguru.

Gaixotasun onkologikoen eta onkologikoak ez diren gaixotasunen arteko harremana izan ezik, aipatutako beste zifra guztiak bat datoz populazioaren %15 eta %20 bitarteko zahartzean nahiz 9/1000ko heriotza-tasan oinarritutako eredu teorikoek ekarritako kopuruekin. Azken kalkuluen arabera, 677 eta 836 pertsona artean artatu behar lituzkete zainketa aringarrien baliabide espezifikoek. (ikusi 2. taula).

2. taula: gaixotasun terminala sortzen duten kausengatiko heriotzen kopurua -Gómez Batiste X eta bestek proposatutako ereduaren arabera- eta zainketa aringarrietako baliabide espezifikoek artatzeko beharrak.

Xede-populazioaren neurketa	Araba
%15 eta %20 bitarteko zahartzea	44263 - 59017
Heriotza-tasa: 9/1000	2656
Gaixotasun kroniko progresiboaren heriotza-tasa: %60. Gaixotasun aurreratu eta terminalak multzo horren barruan dira	1593
Minbizia: %25	663
Minbizia ez dena: %35	930
Zainketa aringarriak jaso ditzaketan herritarrak	677 - 836
Minbizia: %60 eta %70 bitarte	398 - 464
Minbizia ez dena: %30 eta %40 bitarte	279 - 372

Gaur egun, honako baliabide hauek dauzka Arabako osasun-eskualdeak bizitzaren amaieran dauden pertsonak nahiz haien familiak artatzeko:

- Hiriko lehen mailako arretaren 13 unitate (LMU)
- Landako 9 unitate
- Lehen mailako arretako zainketa aringarrien laguntza-talde 1. Alor honetan adituak diren mediku batek eta erizain batek osatzen dute laguntza-talde hori 2010eko martxoaz geroztik.
- Hirugarren mailako 2 ospitale: Zainketa aringarriari buruzko aholkuak ematen dituen talde bana dago Arabako Txagorritxu eta Santiago Apóstol Unibertsitate Ospitaleetan; 2000. eta 2009. urteetatik, hurrenez hurren. Mediku eta erizain batek osatzen dituzte talde aholku-emaileak. Horrez gain, etxeko ospitalizazioko (EOS) zerbitzu bana dago ospitale horietan. Arestian azaldutako pazienteak artatzen dituzte zerbitzu horiek.
- Zainketa aringarrien unitate 1 (hots, 20 ohe) itundutako zentro batean (Clínica Álava).
- Ospitalizazio unitate 1 (hots, 10 ohe) egonaldi ertain eta luzeko ospitale batean (Lezako ospitalean).

Hizpide dugun egoera bizi duten gaixoak aurki ditzakegu, baita ere, beste zentro batzuetan (Arabako Ospitale Psikiatrikoan, zahar egoitzetan, eta abarretan). Zentro horiek, hain zuzen ere, aipatu ezaugarri horiek biltzen dituzten gaixo gero eta gehiago artatzen dituzte.

Arestian aipatutako datuen arabera, urtean 800 paziente inguru artatu behar lituzkete talde espezifikoek. Edonola ere, PAZIENTE HORIEN %40 BAINO GUTXIAGO artatu dituzte talde espezifikoek. Horixe ondoriozta dezakegu, bederen, eskuen artean ditugun jarduera-erregistroak aztertutik. Ez dakigu, ezta ere, artatutako horiek kasurik konplexuenak diren, ezta zer irizpide erabili den pazienteak bideratzeko.

SARTZEKO MUGAK

08

Honako paziente hauek jaso ditzakete zainketa aringarriak:

- Dokumentatutako gaixotasun onkologikoa duen pertsonak. Gaixotasunak progresioa izan behar du, eta ez du aukerarik izan behar edo, izatekotan, oso aukera gutxi izan behar du tratamendu espezifikoaren aurrean erantzuteko. Gaixoaren bizi-pronostikoak, bidenabar, mugatua izan behar du. Paziente gehienak, ziur aski, 6 hilabete baino lehen hilko dira. Aipatu berri dugun hori, hala ere, ez da irizpide zorrotza.
- Onkologikoa ez den gaixotasun ebolutibo aurreratua duten pertsonak; atzerakorik ez duen funtzionaltasun-muga handiak dituztenak eta tratamendu espezifikoaren aurrean erantzun ez dutenak; asko sufritzen ari direnak; eta, egun dakigunaren arabera, bizi-pronostiko mugatua izango dutenak. Multzo horren barruan honako hauek daude:
 - Gutxiegitasun organiko kroniko aurreratua duten gaixoak, hau da:
 - bihotz-gutxiegitasuna, arnas-gutxiegitasuna, gibelgutxiegitasuna edo giltzurrun-gutxiegitasuna.

- Gaixotasun neurodegeneratiboak dituzten pertsonak, hau da:
 - Alzheimer gaixotasuna eta beste demenzia batzuk.
 - Mugimendu-arazoak, hau da, Parkinson gaixotasuna eta Huntington-en gaixotasuna.
 - Motoneuronaren gaixotasunak, adibidez, alboko esklerosi amiotrofikoa.
- Patologia asko dituzten edadeko gaixoak.
- HIESa.

Paziente horien kasuan, honako galdera hau egin diezaiogegu gure buruari: *paziente hau hurrengo 12 hilabeteen barruan hilko balitz harrituko al nintzateke?* Erantzuna ezezkoa baldin bada, egoki diren laguntza-zaintzak eskainiko dizkiogu gaixoari. Zainketa aringarriak aplikatu arren, jarduera terapeutiko aktiboak aplika ditzakegu. Horregatik, gure irizpideak ziurtasun-maila handikoa izan behar dira, nahiz eta oso espezifikoak ez izan.

Horrez gain, gaixotasuna zer fasetan den zehazten duten hainbat sistema zabaldu dira. Sistema horietako gehienak diseinatu dira, hain zuzen ere, tratamendua ahalik eta ondoen optimizatzeko. Sistema horiek, beraz, pronostikoa egiteko balio dute. Badira gaixotasunen hainbat sailkapen, besteak beste: *New York Heart Association* (NYHA) elkartearen sailkapena, bihotz-gutxiegitasunari buruzkoa; *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) sailkapena, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoari buruzkoa; *National Kidney Foundation* (NKF) fundazioaren sailkapena, giltzurrun-gutxiegitasun kronikoari buruzkoa; *Functional Assessment Staging* (FAST) erakundearen sailkapena, demenziari buruzkoa; eta Hoen nahiz Yhar-en sailkapena, Parkinson gaixotasunari buruzkoa. Haiei esker, gaixotasuna fase aurreratua den ala ez zehaztu daiteke. **Hala ere, gaixotasuna fase aurreratuan egoteak ez du esan nahi fase terminalean dagoenik.** Gaur egun dakigunarekin, gaixotasun aurreratuari buruzko irizpideetatik abiatu beharko ginazake, eta pronostikorik okerrenak dituzten pazienteak identifikatu beharko genituzke.

Bizirauteari buruzko hainbat irizpide espezifiko proposatu dira. Irizpide horietako batzuk orokorrak dira; beste batzuk, aldiz, patologien arabekoak. Hizpide ditugun biziraute-irizpide horiek, bidenabar, gaixotasunen adierazle pronostiko moduan erabil daitezke. Gaiari eutsiz, Estatu Batuetako *National Hospice & Palliative Care Organization* (NHPCO) erakundeak landutako irizpideak erreferente bihurtu dira zainketa aringarriak beharrezkoak diren ala ez erabakitze orduan. NHCP erakundearen aipatutako irizpideez gain, badira biziraupen pronostikoak egiteko erabil daitezkeen beste adierazle pronostiko orokor nahiz espezifiko batzuk. Orokorretan dauzkagu, adibidez, paziente onkologikoentzako Palliative Prognostic Score (Pap Score) adierazlea, eta Palliative Performance Scale (PPS) adierazlea. Patologiaren arabera adierazle espezifikoetan, berriz, arnasgaixotasunentzako BODE indizea eta gibel-gaixotasunentzako MELD indize espezifikoak dauzkagu, besteak beste.

4. irudia: zainketa aringarriak aplikatu dakizkiekeen pazienteak identifikatzeko estrategia sekuentziala



Ikuspuntu praktikotik, gaixotasun kronikoa duen pertsona bat monitorizatu eta haren jarraipena egin bitartean antzematen baldin badugu haren egoerak okerrera egin duela eta ez duela onbiderik izango, honako galdera hau egin beharko diogu gure buruari: harrituko al nintzateke paziente hau datozen 12 hilabeteren barruan hilko balitz? Erantzuna ezezkoa baldin bada, bizitzaren amaierako zainketa egokiak planifikatzeko aukera eman beharko genieke pazienteari nahiz haren familiari.

Edonola ere, gehiegizko sentsibleak diren eta espezifikoak ez diren irizpideak erabiliz gero, herritarren sektore bat "paliatibiza" dezakegu. Edadeko pertsonetan, esaterako, irizpideak oso argi izan gabe erabaki dezakegu zainketa aringarriak aplikatzea. Hori dela eta, erreferentziazko irizpide are espezifikoak aplikatu beharko genituzke erabakia hartzeko orduan. Horrela jokatuz gero, zehaztasun handiz identifikatu ahal izango dugu gaixoa fase terminalean den ala ez. (ikusi 4. irudia).

Normalean, lehen mailako arreta eskaintzen duen medikuek ezagutzen dute ondoen pazientearen ingurunea, haren biografia, haren gaixotasuna eta, horregatik, haiek erabaki beharko lukete gaixoa fase terminalean den eta, egoki izanez gero, zainketa aringarriak aplikatu beharra. Hala eta guztiz ere, lehen mailako arretako medikuek ez dute bakarrik egon behar erabaki hori hartzeko orduan. Alde horretatik, pazientearen egoera ezagutu eta haren ardura hartu dutenetik, ospitaleko ohiko baliabideetan (hots, onkologian, barne-medikuntzan, eta beste espezialitate batzuetan) aritzen diren profesionalek adi egon behar dute eta, beharrezkoa izanez gero, zainketa aringarriak aplikatzea proposatu. Aipatu berri ditugun espezialistek zalantzarik baldin badute, zainketa aringarrietako laguntza-taldeek lagundu beharko diete zainketa aringarriak aplikatu behar diren ala ez erabakitzen.

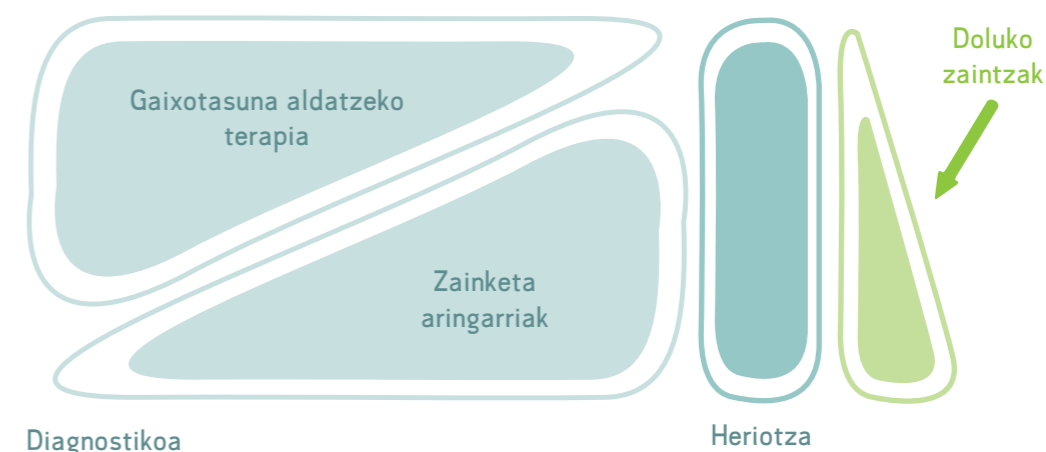
Trantsizio-egoerak

Gaixotasunak aurrera egiten duen neurrian, gero eta zaintza gehiago behar izaten ditu gaixoak, eta gero eta neurri sendagarri gutxiago. Jakin behar dugu zainketa aringarriak ez direla soilik gaixotasunaren azken fasean aplikatzen. Egiatzko jardunean, alabaina, zailtasunak suerta daitezke, batez ere, organoen gutxiegitasun aurreratua duten pazienteetan, dementzia eta beste gaixotasun neurodegeneratiboa batzuk pairatzen dituzten pazienteetan, eta hainbat patologia dituzten paziente geriatrikoetan. Zailtasunak suertatu ohi dira, batez ere, aldi berean arazo asko izateagatik behar-krisialdiak sortzen direnean.

Zainketa aringarriak aplikatu arren, gaixotasunaren bilakaera aldatzeko ekintzak gauza daitezke, osatzea eta zainketa aringarriak aplikatzea ez baitira elkarren kontrako bi helburu (ikusi 5. irudia). Hala eta guztiz ere, ez da erraza izaten gaixotasunaren fase aurreratuan dauden gaixoak paziente "terminalak" direla erabakitzea. Ez da erraza izaten, ezta ere, zainketa aringarrien helburuak lehenestea eta, zenbaitetan, modu negatiboan har dezake erabaki hori pazienteak.

Horregatik guztiagatik nabarmendu beharra dago zainketa aringarriak ez zaizkiela soilik aplikatzen hilzorian diren pertsonen. Pazientearen erosotasunaren alde egiteak ez du esan nahi terapia espezifikoak ezin direnik aplikatu. Terapia espezifikoak aplikatu egin daitezke, baita gaixotasuna sendatu ezin daitekeenean ere.

5. irudia: zainketa aringarriak integratzeko eredua



Erabakiak hartzea

Pazientea hil herioan aurkitzen denean, zalantzarik ez dagoen egoerak suertatzen dira. Egoera horietan erabakiak hartu behar ditugunean, printzipio etikoak gogoan izan behar ditugu inoiz baino areago. Hala ere, pazienteari on egiteko, pazienteari kalterik ez egiteko eta pazientearen autonomiari buruzko printzipio etikoak lehiatzen egoten dira.

Hainbat gairi buruz aritu behar gara, ezinbestean, pazientearekin edota, horiek gai ez baldin badira, haien familia edo legezko tutoreekin, esate baterako: egungo egoeraren diagnostikoa eta pronostikoa; sufrimendua, heriotza eta garrantzi handiko konnotazio afektiboak dituzten beste termino batzuen terminoen esanahia; eta tratamenduak eskaintzen dituen aukeren arriskuak eta onurak. Gai horietan guztietan erabakiak hartzeko orduan, pazientearen lehentasunak oinarri hartu behar ditugu eta tratamenduko aukera guztien alde onak eta txarrak aztertu, hau da, tratamenduak gaixoaren sufrimendua arinduko duen, eta haren bizi-kalitatea nahiz - duintasuna handituko duen. Gisa horretan jardunez gero, ez gara behar neurri kanpo ahaleginduko diagnostikoak eta terapiak egitean; eta ez gara tematuko ezertarako balio ez duten nahiz pazienteak sufriarazten duten tratamendu hutsalak erabiltzen. Ez ditugu ahantziko, ezta ere, sintomak egoki kontrolatzeko tratamendua eta zainketa aringarrien arreta konplexu eta dimentsio aniztuna.

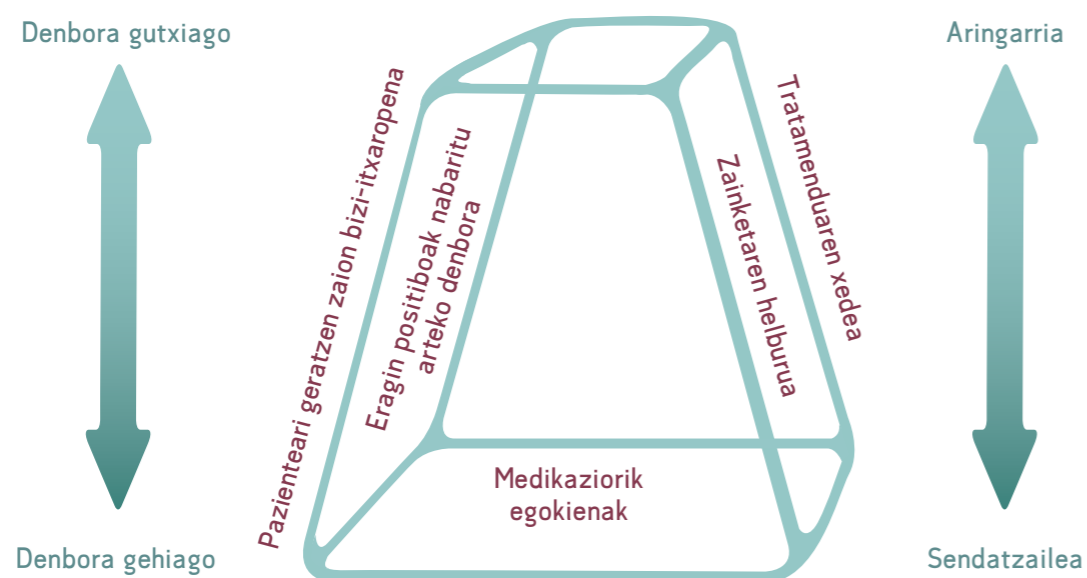
Sendatzea eta zaintzea bateragarriak dira. Horregatik, estrategia sendagarri eta aringarrien arteko orekarik onena bila daiteke eta, are, bilatu beharra dago gaixotasunaren eboluzioaren fase eta kasu bakoitzean. Beharrezkoa da, baita ere, pertsona bakoitzaren banakako inguruabarrei ondoen egokitzen den aldibereko tratamendu konbinatua ezartzea.

Horiek guztiek ezartzea erabakitzeko orduan, honako alderdi hauek guztiak hartu behar ditugu kontuan: pertsonaren historia klinikoa eta biografikoa; etorkizuneko itxaropenak eta planak; pertsonaren balioak

eta sinesteak; arazoaren larritasuna; pronostikoa; tratamenduaren konplexutasuna eta inpaktua, hau da, aurreikus daitekeen erantzuna, arriskua, onura eta sufrimendua; eta talde terapeutikoa, pazientea nahiz haren familia bat etortzea. Badira patologia aniztasunetik kronikotasunera, eta konikotasunetik zainketa aringarrietara pasatzeko erabakiak hartzen lagunduko diguten zenbait saiakuntza eta proposamen. Tratamendu farmakologikorik egokiena zein den erabakitzeke orduan, laguntzaeredu bat erabili beharko dugu. Horrela, zer medikamentuak agindu erabakitzean, honako lau alderdi hauek izango ditu kontuan: farmakoak zer helburu bete behar duen; zenbat denbora behar duen erantzun onuragarria izateko; zaintzaren helburu nagusiak zein diren; eta gaixoaren bizi-itxaropena zein den.

Bizi-itxaropena murrizten doan heinean, eta zaintzak sendagarri izateari utzi eta aringarri bihurtzen diren neurrian, egokiak izan daitezkeen medikamentuen kopurua murrizten da. (6. irudia)

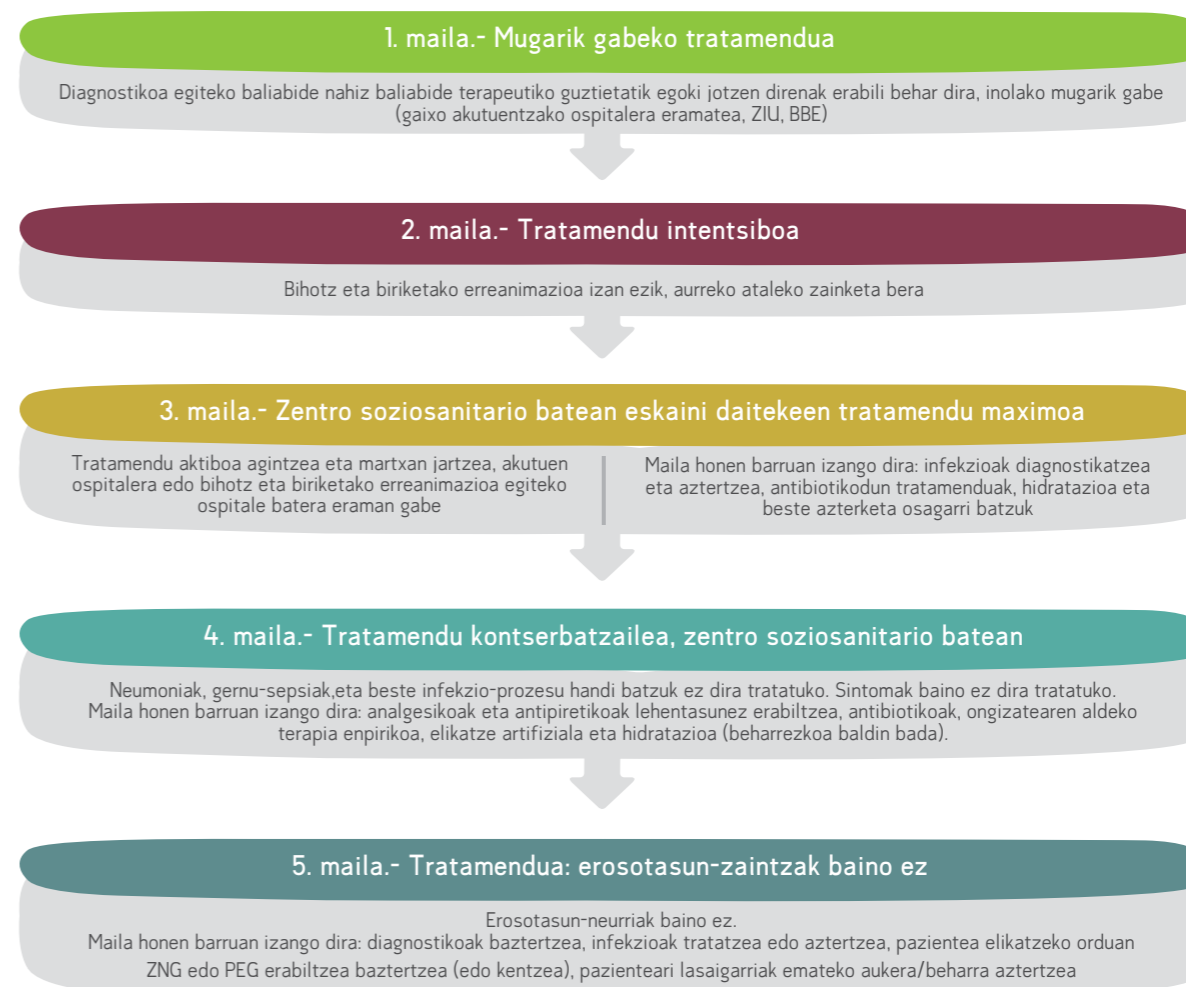
6. irudia: erabiltzen egokiena den medikazioa aukeratzeko laguntza-eredua (Holmes HM et al, 2006)



Tratamendu farmakologikoa aztertzeaz gain, esku hartze terapeutikoaren mailaketari buruzko ereduak erabilgarriak izan daitezke, baita ere (7. irudia). Eredu horretan, bost intentsitate-mailatan banatzen da tratamendua. Eredua, hala ere, ez da sailkapen-sistema irmoa, erabakiak hartzeko estrategia lagungarria baizik. Hizpide dugun sailkapena baliagarria izan dadin, profesionalak eta pazientea edo, hark ezin baldin badu, haren familia edo ordezkariak ados egon beharko dira.

Egonaldi luzeko ospitaleetan eta zentro soziosanitarioetan erabili izan bada ere, tratamendua aukeratzeko eredu hori erabilgarria izan daiteke pazienteak artatzeko beste eremu batzuetan ere. Mintzagai dugun eredu hori baliagarria izan daiteke, baita ere, pazientearen interesak betetzen lagunduko ez duten muturreko neurriak hartzen saihesteko.

7. irudia: esku hartzearen intentsitatea zehazteko mailakako eredu (Sachs GA et al, 1995)



Fase terminalean egon ez arren, badira pazienteak sufriarazten duten eta aktiboki tratatzen ari diren hainbat gaixotasun kroniko. Era horretako gaixotasunetan aplikatzen diren zaintzak izendatzeko, beraz, honako termino hauek erabili ditugu: *euskarri-zaintzak*, *konbinatutako tratamendu sinkronikoa* edo *iraupen luzeko zaintza aringarriak*. Fase horretan aurkitzen diren gaixoen egoera azkar aldatzen da, konplikazioak suertatzen dira, lehen baino gehiago sufritzen du gaixoak eta, ondorioz, beharrezkoa izaten da hasierako jarrera sendagarri uztea eta jarrera aringarria hartzea. Egoera horietan, beraz, planteamendu dinamikoari eutsi behar zaio. Tratamendu edo prozedura hutsalek edota neurritz kanpokoek eragindako sufrimendua saihestu behar dugu, eta gogoan hartu behar dugu hiltzerian ez ezik beste fase batzuetan ere erabili daitezkeela zainketa aringarriak.

Baliabidea egokitzea. Konplexutasun-mailak

Zuzena eta eraginkorra izateko, hautemandako behar espezifikoaren arabera baliabideak esleitzeko aukera izan behar du zerbitzu-antolakuntzak. Beharrek eta horien ezaugarriek zehaztuko dute kasuaren konplexutasuna.

Autonomia Erkidegoen Batzorde Instituzionalak lehentasuna eman dio konplexutasun-mailak bereizteari eta baliabide bakoitza erabiltzeko nahiz pazienteak bideratzeko irizpideak zehazteari. Osasunaren Sistema Nazionalako zainketa aringarrien strategiako batzorde teknikoak, bere aldetik, funtsezko alderdizat hartu ditu aipatu berri ditugun horiek guztiak. Baina sailkapena egitea eta hura zer faktorek baldintzatzen duten zehaztea oso zaila da. Ez da orokortu daitekeen eredu bat bera ere. Are gehiago, erabakiak hartzen nahiz plan honen bitartez gauzatu nahi dugun esku hartzea neurtzen lagunduko digun eredu akastun eta hobe daitekeenik ez dugu egun.

Edonola ere, honako bi agiri bikain hauek hartuko ditugu erreferentziatzat: batetik Kataluniako Generalitateko osasun sailak argitaratutako "Descripción y consenso sobre los criterios de complejidad asistencial y niveles de intervención en la atención al final de la vida" eta, bestetik, Andaluziako Juntaren Osasun Sailaren "Proceso asistencial integrado en Cuidados Paliativos". Mintzagai ditugun gaixo hauen nahiz haien familien behar fisiko, emozional, espiritual eta sozialei egun eman diezaiekeguna baino erantzun hobea eman ahal izateko, hainbat jardura definitu eta zehaztu behar ditugu. Hori egitean, gogoan izango dugu behar horiek guztiak ALDAKORRAK direla, eta hainbat KONPLEXUTASUN maila daudela. **Hori dela eta, behar horiek asetzera zuzenduko dugu baliabidea**, eta, hori egitean, koordinazioa eta jarraitutasuna zainduko ditugu prozesuan, baita doluan senitartekoak artatu ere.

Gaixotasunaren fase aurreratuan diren paziente gehienak etxean bertan arta ditzakete lehen mailako arretako taldeek. Mekanismoek, hala ere, malguak izan beharko dute, zainketa aringarrietako talde espezifikoek parte har dezaten.

Gaixorik izan bitartean gaixoak beste arazoren bat baldin badu (hau da, odoljariora, muin-zapalkuntza, eta abar) eta bere esku dagoen teknologia guztia behar baldin badu ondo egon ahal izateko, ospitale tertziarioak leku egokia eskaini beharko dio, haren beharrik asetzeko egokia dena. Zenbaitetan, prozesuaren azken fasean gertatzen dira egoera interkurrente horiek. Horrelakoetan, pazienteak ingresaturik egon behar izaten du fase osoan barrena. Gurean, etxeko ospitalizazioa gero eta gehiago zabaltzen ari denez, pazienteak etxean arta daitezke ospitaleko baliabideak erabiliz. Horri esker, gaixoek aukera gehiago dituzte leku batean ala bestean egoteko. Beraz, beste faktore bat gehitu beharko dugu kasu horiek koordinatzeko orduan. Zenbaitetan, nahiz eta baldintza teknikoak oso gutxi izan, ezin izango dugu gaixoa etxean artatu. Horrelakoetan, erosoago egoteko eta behar dituen zaintzak jasotzen jarraitzeko asmoz, zentro batean ospitaleratu daiteke gaixoa.

8. irudia: ezaugarrien arabera, pazientearen multzo batean ala bestean kokatzeko piramidea.



Kasu baten konplexutasuna zehazteko orduan, hainbat faktore izango ditugu kontuan. Faktore horiek sailkatzeko, horiek hauteman diren unean non kokatzen diren aztertuko dugu.

1. Pazientearen edota haren prozesuari lotutako faktoreak.
2. Tratamenduari lotutako faktoreak
3. Gaixoaren egoera psikoemozional eta espiritualari lotutako faktoreak
4. Gaixoaren egoera sozial eta familiarri lotutako faktoreak
5. Erabakiak hartzeko prozesuari lotutako faktoreak
6. Azken egunetako konplexutasuna
7. Doluarekin lotura duten faktoreak

3. taula: Konplexutasun-arriskuaren faktoreak

1. Pazientearen ezaugarriekin lotura duten faktoreak:

- Paziente gaztea.
- Patologia psikiatrikoa duen pazienteak (gaixotasun mentala edo substantziak neurritz kanpo hartu izana).
- Paziente profesional sanitarioa.
 - Erikortasun handiko pazienteak.
- Patologia ugari dituen paziente geriatricoa, eboluzio urria eta gorabeheratsua duena, osatuko den ala ez ezin zehatz daitezkeena, eta mendekotasun-maila handia duena.
- Azkar narriatzen ari den eta beharren krisialdiak maiz dituen pazienteak.

2. Tratamenduari lotutako faktoreak:

- Sintoma edo seinale konplexuak, traumatikoak, errefraktarioak edo errefraktario izan daitezkeenak.
- Terapia betetzeko zailtasunak edo blokeoak.
- Lesio edota sendaketa konplexuak edo ospitalean osatu beharrekoak.
- Jakintza bereziak izan edota ospitaleratu beharra dagoenean farmako jakin batzuk hartzeko edota egoera terapeutiko jakin bat zaintzeko.
- Etxeko arretan erabili ohi ez diren teknikak edo prozedurak, ospitalean aplika daitezkeenak edota gaixoa ospitaleratzea eskatzen dutenak.
- Larrialdi-egoerak, hala nola: odoljarioak; nahasmendu-sindrome akutua; goiko kaba zainaren sindromea; endokranioko hipertentsio etenduna; hiperkaltzemia; disnea akutua; konbultsio-estatusa; muin-zapalkuntza; hausturak; izualdi edo larrimin-krisiak; heste- edo gernu-buxadura; kontrolatzen zaila den organo baten gutxiegitasun akutua.

3. Gaixoaren egoera psikoemozional eta espiritualari lotutako faktoreak:

- Buru-urritasuna edo adimen-atzeratasuna.
- Nortasun-nahasmenduaren susmoa.
- Patologia psikiatriko aktiboa edukitzea, hura izateko arriskua izatea, edo aurrekariak izatea.
- Ohitura toxikoak.
- Gaitzari aurre egiten ez moldatzea.
- Sufrimendu edo min emozional handia.
- Min espiritual handia edo hura hartzeko arriskua izatea.

4. Gaixoaren egoera sozial eta familiarrari lotutako faktoreak:

- Mendekotasun handia.
- Zaintzailerik eza.
- Zaintzaileak gaixoa zaintzeari utzi izana edo gehiegizko lana izatea.
- Zaintzailea gaixorik egotea.
- Zainketa blokeatzea.
- Gaixoaren etxebizitza eta ingurunea egokiak ez izatea.
- Axolagabekeria edo tratu txarrak.
- Familia mendekotasun egoeran.
- Behartsua.
- Arauz kanpoko immigranteak; beste hizkuntza bat darabiltenak edota beste kultura batekoak direnak.

5. Erabakiak hartzeko prozesuari lotutako faktoreak:

- Jakin-min krisialdia (gaiari buruz jakiteko beharra, ezin atzeratuzkoa).
- Larrialdia komunikazioan (berehala hilko diren pazienteei ezer ez esatea adostea)
- Norberaren nahia adierazteko edo adierazitako nahia errespetatzeko zailtasunak.
- Zainketa aringarriei buruzko jakintzak edota motibazioak (senitartekoak beren artean ados ez jartzea, profesionalak ados ez jartzea, profesionalak eta senitartekoak edota gaixoa ados ez jartzea).
- Pazientearen nahia eta hari eutsiko zaiola bermatzeko zailtasunak.
- Sedazioa ulertzen zaila izatea.
- Pazientearen/senitartekoen eta profesionalen arteko gatazka, sedazioa agintzeari buruz.
- Luzerako sedazioa edota sedazio errefraktarioa.
- Premiazko sedazioa, baimenik eta baimendutako ordezkari gabea.
- Suizidio lagundua eskatzea.

6. Azken egunetako konplexutasuna:

- Zailtasun logistikoa.
- Iraupen luzea, bost egun baino gehiagokoa.
- Sintoma traumatikoak edo errefraktarioak agertzea edota horiek agertzeko arriskua.
- Sedazio konplexua izateko arriskuaren faktoreak.
- Etxekoek gaixoa ospitaleratu nahi izatea edo gaixoa etxean hiltzea nahi ez izatea.

7. Doluarekin lotura duten faktoreak:

- Hildakoa gaztea izatea.
- Gaixotasun traumatikoa edota iraupen luzekoa.
- Hainbat krisialdi.
- Aldez aurretik aurreikusi ez den heriotza, edo saihegarritzat jotako arrazoiengatik gertatu dena.
- Doluan den pertsonak urte asko izatea.
- Aurretik, dolu latzak bizi izana.
- Harreman zailak (baimendu ez den dolua; aldez aurretiko dolua; harreman anbibalentea; menpekotasun handikoa edo gatazkatsua hildakoarekin; haurrak).

Gurean, faktore horietatik garrantzitsuenak direnak zehaztea zaila da. Hala ere, gure inguruneko errealitatera egokitu beharko genuke zerrenda hori. Profesionalak orientatzeko asmoz eta aztergai dugun gai honen "konplexutasuna" gogoan izanik, goian aipatutako elementu horietatik aukeratu egin ditugu gure jardunaren arabera adierazgarrien iruditu zaizkigunak:

4. taula: Konplexutasun-arriskuaren faktoreak. Laburpena.

Pazientea edota prozesua

- Haurrak
- Gaixo gaztea, 60 urtetik beherakoa (gutxi gorabeherako adina)
- Psikopatologia larria, mendekotasuna (alkohola, drogak edo jokia) edota gaixotasun psikiatriko psikotikoa izan duen gaixoa.
- Garuneko eta lepoko tumorea.
- Azalean ultzera larriak, nekrosia edo mozketak eragin dituen gaixotasuna.
- Konplikatzeko arrisku handia duten gaixotasunetatik premia artatu behar direnak (odoluste masiboak, konbultsioak, disnea larriak, eta abar).
- Progresio azkarreko gaixotasuna, egunero terapia egokitzea behartzen duena.

Familia / zaintzaileak

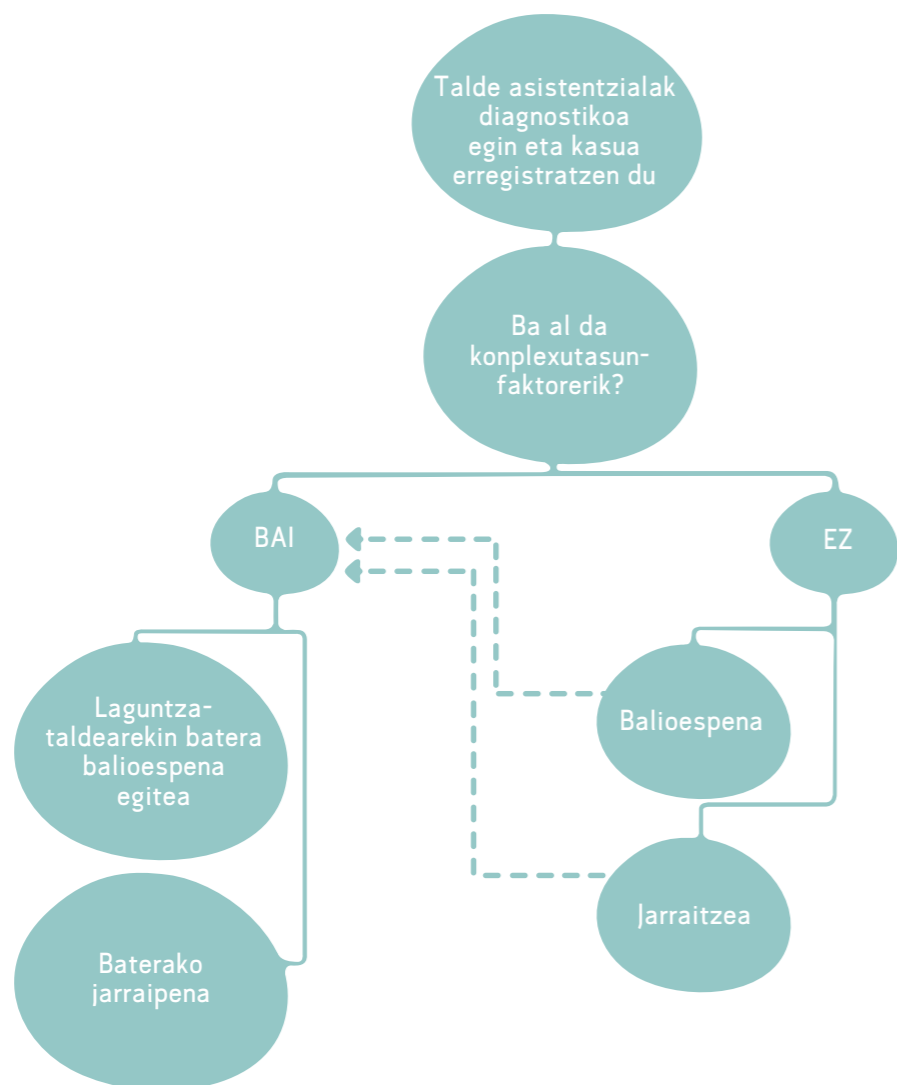
- Pronostikoa ukatzea.
- Gaixoari ezer ez esatea adostea.
- Zaintzailea gaixorik egotea.
- Zaintzaileak gauza gehiegi eskatzea, eta harreman txarra izatea osasun sistemakoekin.
- Zaintzaileak txandaka aritzea edo gaixoa zaintzeko nahikoa gaitasun ez izatea.
- Immigrantea etorri berriak eta hizkuntza-zailtasunak.
- Zailtasun ekonomiko handiak.

Asistentzia-taldea

- Erreferentziako talderik ez egotea
- Lehen mailako arretako taldeak arratsaldeko ordutegia edo ordutegi mugatua izatea (lanaldi laburtua)

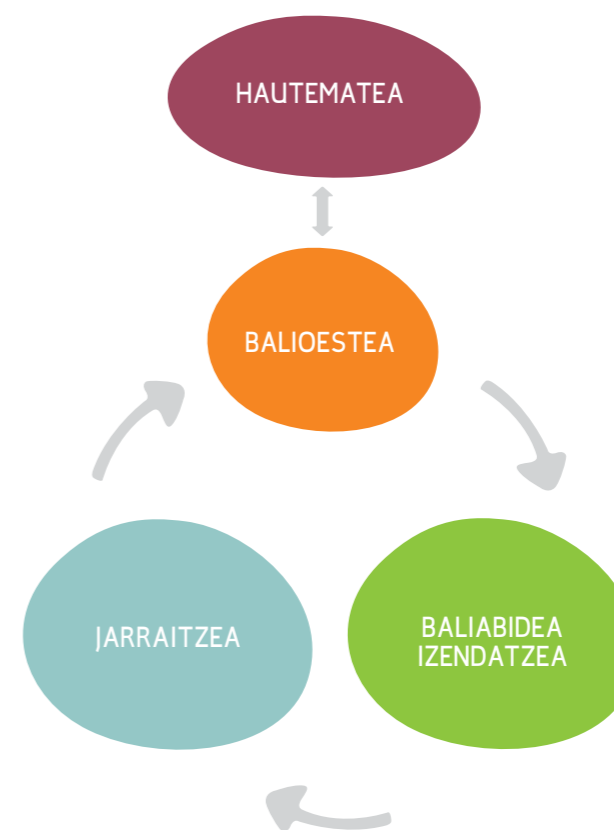
Aipatu berri ditugun konplexutasun-faktore horietako bat egonez gero, aholkua eskatu beharko diogu gaixoa artatzen ari den asistentzia mailako zainketa aringarrien laguntza-taldeari. Laguntza-taldeen, beraz, oso goiz izango dute erreferentziako taldearentzat zailak izango diren kasuen berri.

9. irudia: zainketa aringarrietako laguntza-taldeen esku har dezatela eskatzeko zuhaitza.



Prozesuko edozein unetan ager edo ebatz daitezke konplexutasun-faktoreak. Horregatik, gaixo horiekin lanean aritu ohi diren taldeak eta laguntza-taldeak harremanean egon behar dira etenik gabe. Gainera, profesionali aholkuak eman behar dizkiete laguntza-taldeen, edozein delarik ere kasuaren konplexutasuna.

10. irudia: Jarduera-zirkuitua. Laburpena.



PAZIENTEA/FAMILIA UNITATEAREN BALIOESPEN INTEGRALA ZAINKETA ARINGARRIETAN. ARRETA PLAN INDIVIDUALIZATUA EGITEA (API).

10

Zainketa aringarriak aplikatu ahal izateko, zorrozetasun handiz ebaluatu behar dira pazientearen nahiz haren familiaren egoera biologikoa, psikologikoa eta soziala. Gaixotasunaren prozesuari buruzko zehaztasun guztiak jaso behar dira ebaluazio horretan, eta honako hauek guztiak aztertu: pazientearen sintomak; haren egoera funtzionala nahiz emozionala; pazientearen ingurune soziofamiliarra; pairatzen duen gaixotasuna eta pronostikoa zenbateraino ezagutzen duen gaixoak; eta gerora terapia ezartzearen gain eragina izan dezaketen beste alderdi existentzial edota espiritual batzuk. Ebaluazioa egiteko orduan, pazientearen bizitzaren azken egunak kontuan hartu behar dira, bai eta dolu patologikoari aurrea hartu ere.

Pazientearengana eta haren familiarengana modu horretan gerturatuz gero, gure baliabideekin ase ditzakegun beharrak ezagutuko ditugu eta horiek historia klinikoan jaso. Hizpide dugun ebaluazio hau historia klinikoan jaso behar dugu, prozesu osoan barrena kalitatezko atentzioa eman ahal izateko pazienteari nahiz haren familiari. Datuak modu homogeneoan eta eskuragarrian erregistratzeko zer baliabide dauden aztertu behar dugu (Osabide Global, Osarean, Osabideko orriak, ZA, eta abar).

Horrez gain, tresna espezifikoak erabiltzen ditugu dimentsio bakoitza neurtzeko. Aipatutako ebaluazio-tresna horiek elkarrizketa kliniko erdi egituratuarekin, aholkuak ematearekin, kontakizun pertsonalekin, eta era horretako beste baliabide batzuekin batera erabiliz gero, are balioespen sakonagoa egin eta osa daiteke. **Hizpide dugun balioespen hori, alabaina, testak eta galdetegiak egite hutsa baino zerbait gehiago da.** Talde arduradunaren eta pazientearen nahiz haren familiaren arteko harreman klinikoaren barruan kokatu behar da mintzagai dugun ebaluazioa. Fase terminalean dauden gaixoei nahiz haien familiak une latzak bizi dituzte, eta une horietan kontuan hartu beharko genituzkeen garrantzi handiko hainbat alderdi nabarmendu ditugu hemen, ez besterik.

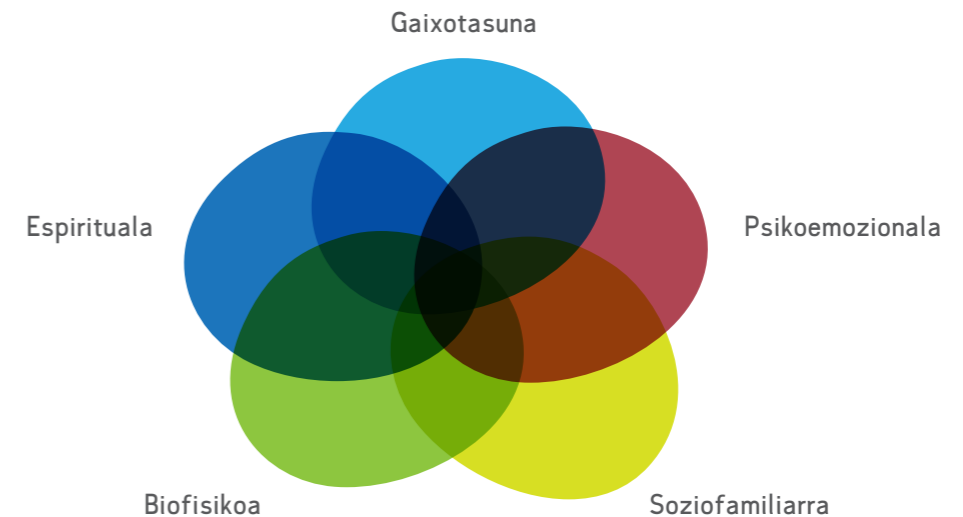
Ebaluazio guztietan, funtsezko lau galdera hauek egin behar ditugu:

Zerk gogaitzen zaitu?
Zerk arduratzen zaitu?
Zer gustatuko litzaizuke?
Zerbait gehiago galdetu nahi duzu?

Galdera ireki horien bitartez, pazienteak bere erritmoa ezar dezake; eta gaixoa deseroso sentiarazten duten alderdiei ekin ahal izango diegu guk. Denbora behar da galdera horiek egiteko; gauzak ikuspuntu hori aplikatu gabe egiteko bezain beste. Galdera horiei esker, prozesuan gertatzen ari denaren berri izango du profesionalak eta, horrez gain, lantaldeak errespetuz eta benetako bere beharrak kontuan hartuz "artatzen" duela sentituko du gaixoak.

Bestetik, gaixotasunaren, eremu espiritualaren, alderdi psikoemozionalaren, biofisikaren, gizartearen eta familiaren beste alderdi batzuk ere hartu dira kontuan paziente/familia izeneko unitatea bere osotasunean balioesteko orduan:

11. irudia: Balioespen integrala



5. Taula: balioespen integrala. Ebalua daitezkeen alderdiak.

1. Gaixotasuna
2. Alderdi fisikoa
Seinaleak eta sintomak ebaluatu: mina eta beste sintoma batzuk.
Funtzionalitatea ebaluatu.
3. Alderdi psiko-emozionala
Gaixoa prozesua zenbateraino ezagutzen duen zehaztu.
Gaixoa emozionalki ondoezik ote den aztertu.
Erreakzio emozional moldakaitzen seinaleak dituen ikusi.
Antsietate- edota depresio seinalerik ote duen aztertu.
4. Alderdi soziofamiliarra
Familia espezifikoki balioetsi.
Zaintzailea aztertu.
Gizarte-baliabideak ebaluatu.
5. Alderdi espirituala
6. Sufrimendua eta bizi-kalitatea
7. Azken egunotako egoera
8. Dolua

Hainbat unetan ebalua daitezke alderdi horiek guztiak. Are gehiago, soilik faktore horiek guztiak modu integralean aztertzearen bidez izango dugu kasuari buruzko ikuspegi osatua eta pazienteari nahiz haren familiari behar duten erantzuna emango diegu. "Eranskinak" izeneko atalean, hizpide dugun ebaluazioa egiteko azalpen gehiago eman ditugu, eta hura egiteko tresnak eman.

Gaixoaren eta hura zaintzen dutenaren beharretan sakonduz gero, horiei aurre egiten lagunduko diegu. Gerora, **ARRETA-PLAN INDIVIDUALIZATUA (API)** egin beharko dugu ezinbestean. Plan horretan jasoko ditugu, besteak beste: ebaluazioa egin ondotik lehenetsitako arazoak; arazo horien zioak; diseinatu dugun estrategia terapeutikoa (farmakologikoa izan ala ez); eta aipatu estrategia hori noiz ebaluatuko dugun. Eraginkorra izateko, **DIZIPLINARTEKOA** eta pazientearekin edota haren familiarekin **ADOSTUTAKOA** izan behar du planak. Horren adibide bat jaso dugu **ERANSKINETAN**.

11

ARABAKO PLAN INTEGRALAREN ANTOLAKUNTZA ASISTENTZIALA

Arestian azaldutakoaren harira, gaixo horiek gurean artatzeko prozesua azalduko dugu.

Honako hiru ekintza hauek planifikatuko ditugu: pazientea **detektatzea**, haren **ebaluazio integrala** egitea, eta pazientearen **jarraipena** egitea azkenean arte.

12. irudia: prozesu integraleko ekintzak



— Detektatzea, kodetzea eta erregistratzea

Arestian azaldu ditugun ezaugarriak dituzten gaixoekin harremanean dauden profesionalak gai izan behar dute gaixoaren egoera **detektatzeko** (terminaltasun-irizpideak) eta egoera hori gaixoaren historian **erregistratzeko** nahiz **kodetzeko** (GNS 9; V66.7 kodea). Gaur egun, gaixo berak hainbat "historia" dauzkan arren, historia horiek guztiak batzeko eta bateratzeko hitzarmen orokor bat dago.

6. taula: Detektatzea eta erregistratzea

BALIABIDEA	HISTORIAMOTA	EKINTZA	IRADOKIZUNA
Lehen mailako arreta	Osabide - LM	Kodetzea	Bi sistemak bateratzea litzateke egokiena, sistemetako batean kodea ezartzearekin nahikoa izan dadin. Era horretako paziente bat artatzen duten guztietan, halaxe jasoko dute etxean uzten duten orrian, eta jakinaren gainean jarriko dute lehen mailako arretako laguntza-taldea (LMLT) Historia bakarra ez den bitartean, berezko erregistroa sortuko dute. Ondoren, kodetzearen berri emango diote dagokien lehen mailako arretako taldeari. Azken horrek, bere aldetik, bere historia elektronikoan erregistratu beharko du kode hori.
Gaixo akutuentsako ospitaleak (etorkizunean AOU izango dena)	Osabide Global	Kodetzea "Alarma"	
Etxeko urgentziak (EULEN®)			
GOFE/IFBS	Berezko historia	Kodetzea	Historia bakarra ez den bitartean, berezko erregistroa sortuko dute. Ondoren, kodetzearen berri emango diote dagokien lehen mailako arretako taldeari. Azken horrek, bere aldetik, bere historia elektronikoan erregistratu beharko du kode hori.
Arabako Ospitale Psikiatrikoa	Osabide Global	Kodetzea "Alarma"	
Lezako ospitalea	Osabide Global	Kodetzea "Alarma"	
Clínica Araba klinika	Berezko historia	Kodetzea	Historia bakarra ez den bitartean, berezko erregistroa sortuko dute. Ondoren, kodetzearen berri emango diote dagokien lehen mailako arretako taldeari. Azken horrek, bere aldetik, bere historia elektronikoan erregistratu beharko du kode hori.

Kasuaren kodea ezartzea zaila baldin bada, zainketa aringarrietako laguntza taldeek laguntza eskain dezakete kasua kodetzeko. **Hala eta guztiz ere, mintzagai dugun gaixoekin harremanean dauden talde GUZTIEK normaltasun osoz detektatu eta kodetu behar dituzte pazienteak.**

— Hasierako balioespena eta Arreta Plan Indibidualizatua egitea (API).

Kasua detektatzen duen lantaldeak egin behar du gaixoaren hasierako balioespena. Ebaluazio horretan, dagokion atalean zehaztutako alderdiak aztertu beharko dira (ikusi ERANSKINAK). Balioespena egitea bezain garrantzitsua da hura pazientearen historian erregistratzea.

Hasierako balioespen horretan, honako alderdi hauek zehaztu behar dira:

- Zer gaixotasunen fase terminalean aurkitzen den gaixoa. Diagnostikoaren data
- Pazienteak zenbateraino ezagutzen duen bere gaixotasuna
- Zaintzaileak eta gaixoarekin bizi direnak
- Gaixoaren nahiz hura zaintzen dutenaren itzaropenak eta nahiak
- Sintoma nagusiak
- Jarraibidedun tratamendua eta erreskateak

Ospitaleratu gabeko pazienteen kasuan, alderdi horien guztien laburpena egin eta hari edo haren familiari emango diogu. Horrela, euskarri informatikoan aurkitzen den historia ikusteko aukerarik ez duen edozein profesionalak gaixoaren historia ezagutuko du. Halaxe izango da, bederen, historia kliniko elektronikoa bateratu eta hartan sartzeko modua ezarri bitartean. (laguntza-taldeek erabilitako ereduak jaso ditugu agiri honen eranskinetan).

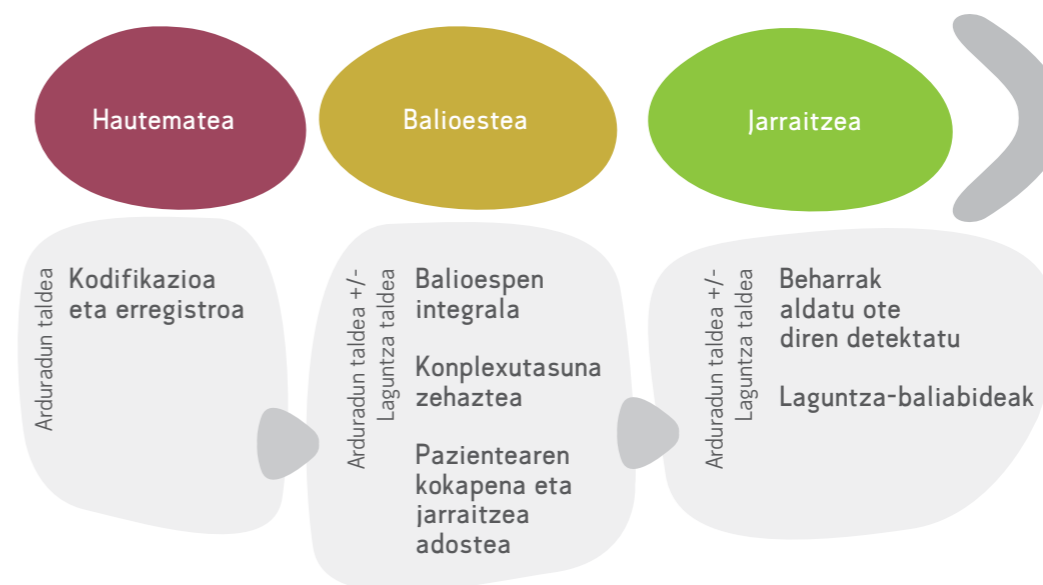
Gaixoaren hasierako ebaluazioa egitean konplexutasun-faktore bat edo batzuk hautematen baditugu (ikusi gai honi dagokion kapitulua), dagokion ospitale edo zentroko laguntza-taldeari galdetuko diogu kasuari buruz. Posible izanez gero, profesionalak eta laguntza-taldeko kideak biak elkarrekin joango dira pazientea ikustera, eta konplexutasunaren iturburu den egoera espezifikoki aztertuko dute. Eskarmentuak erakutsi digu profesional eta laguntza-taldeko kideek batera egindako bisita horiek balio handia daukatela tartean direnentzat.

Konplexutasuna hainbat mailatan zatitzearen bidez, pazientearen nahiz haren senitartekoen nahiak gogoan harturik, eta prozesuaren izaera nahiz pronostikoaren arabera, pazientea leku batean ala bestean kokatuko da, eta era bateko ala besteko jarraipena egingo zaio. Hizpide dugun balioespena egin ondoren, arreta-plan indibidualizatua osatu beharko dugu eta hura pazientearen historian erregistratu.

— Jarraipena

Talde arduradunak jarraitu behar du gaixoaren eboluzioa. Laguntzataldeek, beren aldetik, urruneko jarraipena egingo dute, batez ere, gaixoa etxean artatzen ari bagara. Pazientearen une ebolutiboa bat ala beste izan, era bateko ala besteko intentsitateaz jarraituko dute kasua laguntza taldeek. Beraz, parte hartuko duten eragileek kasuaren jarraipen egokia egingo dutela bermatzeko asmoz, historia klinikoa ondo erregistratu beharko da, irizpideak bateratu eta informazioa erabilgarri izan (telefono bidezkoa ala posta elektronikoa bidezkoa).

13. irudia: ekintzak eta ekintzen arduradunak



12

GAIXOTASUN TERMINALA DUTEN GAIXOAK ARTATZEN DITUZTEN BALIABIDEEN FUNTZIOA

Sareko baliabide ia guztiek har dezake parte gaixotasun terminala duten gaixoak eta haien familiak artatzeko orduan. Hala eta guztiz ere, baliabide batzuek besteek baino maiztasun handiagoz hartzen dute parte. Beraz, haien lana ahalik eta gehien optimizatzeko eta pazienteari nahiz haren familiari kasuan kasu baliabiderik egokiena eskaintzeko asmoz, baliabide bakoitzaren ezaugarriak azpimarragarrienak aipatuko ditugu, eta zer egoerarako diseinaturik dauden azalduko dugu.

Aldez aurretik, baliabideen maila bakoitzak zer funtzio duen zehaztu beharko genuke. Horretarako, bi baliabide mota bereiziko ditugu: "konbentzionalak" eta "espezifikoak". Gaixo terminalez nahiz beste era bateko gaixoez arduratzen dira baliabide konbentzionalak beren jardunean; espezifikoak, aldiz, soilik gaixo terminalak artatzeko diseinaturik daude. Bereiziko ditugu, baita ere, ospitalean eta etxean aritzen diren baliabideak.

7. taula: baliabide-mota.



— Etxeko baliabide konbentzionalak

Lehen mailako arretako lantaldeak

Gaixoari zainketa aringarriak etxean aplikatzeko mailetatik oinarrizkoena da lehen mailako arretaren lantaldea. Azken horrek, bidenabar, gaixoa artatzen jarraitzeko ardura du. Lehen mailako arretako medikuak eta erizainak osatzen dute lehen mailako arretako lantaldea.

Komenigarri litzateke, baita ere, zainketa aringarrietako erreferentziatzeko profesionala (areakoak nahiz osasun-etxekoa) bitartekari aritzea zainketa aringarrien prozesuan. Profesional horrek, bidenabar, beste baliabide konbentzional batzuekin, zainketa aringarrietako baliabide espezifikoekin eta gizarte-baliabideekin elkarlanean aritzeko mekanismoak ezarri beharko lituzke.

Funtzioak:

- Gaixotasun terminalaren fase aurreratuan dauden pazienteak identifikatzea, diagnostikatzea eta pazientearen historian horren berri ematea. Paziente bati V66.7 kodea esleituz gero, horren berri emango zaio posta elektronikoki bidez zainketa aringarrietako laguntza-taldeari; kasuaren konplexutasuna edozein delarik ere. Aztertu behar dugu ea aukerarik badagoen ohartarazpen hori modu automatikoan bidaltzeko edo, bestela, ahalik eta errazen nahiz lasterren.
- Gaixoaren nahia zein den alde zuzenetik jakitea eta erregistratzea.
- Sarrera-irizpideak betetzen dituzten pazienteen nahiz haien senitartekoen behar guztiak ebaluatu behar dira. Kasuaren konplexutasunaren maila neurtzen lagundu behar du ebaluazio horrek, eta baliagarria izan behar da pazientearen nahiz haren familiaren balioak nahiz sinesteak errespetatuko dituen hasierako arreta-plan individualizatua taxutzeko. Eskala egokiak erabili behar dira informazioa transmititzeko eta aldaketak ebaluatzeko.

- Pazientearen historia klinikoan erregistratu beharra dago hasierako arreta-plan individualizatua. Hura erregistratzean, honako hauek guztiak zehaztu behar dira: hautemandako beharrak, gauzatuko diren ekintzak, profesional arduradunak, artean izango diren dispositiboak, eta jarraipen-mekanismoak.
- Konplexutasun-elementuak dituzten kasuetan etxeko zainketa aringarrietako laguntza-taldearekin elkarlanean aritzea (EZALT); eta, badaezpada ere behar-krisialdirik suertatzen den, larrialdietako taldeekin elkarlanean aritzea. Beraz, aipatu eragileekin elkarlanean aritu ahal izateko, honako hauek guztiak utziko dizkiogu etxean diren zainketa nagusiei: gaixoari buruzko informazio klinikoak, haren diagnostikoa, arazoan zerrenda, tratamendu-plana, suerta daitezkeen gorabeherak, eta nola jokatu behar dugun horrelako gorabeheraren bat izanez gero. Etxean dagoen materiala zehaztu beharra dago. Horrez gain, lehen mailako arretako larrialdi-zerbitzuei eman diezaiekegu informazio hori guztia, telefono, fax edota posta elektronikoen bidez.
- Gaixoa beste maila batzuetara bideratzeko prozesua EZALTekin batera kudeatu. Beharrezkoak diren sistemak garatuko dira, batzuek zein besteek pazientearen etxetik ere informazio klinikoak ikus dezaten.
- Jarraitutasuna bermatuko da prozesu asistentzial osoan barrena.
- Sintomak arintzea. Fase terminalean diren gaixoak artatzeko beharrezkoak diren farmako eta baliabide material guztiak izango dira lehen mailako arretako dispositibo guztietan.
- Laguntza psiko-afektiboa eta laguntza-espirituala ematea.
- Senitartekoak laguntzea, prestakuntza eta informazioa ematearen bidez. Hori eginez gero, gaixoa nahiz zainketaileak gai izango dira beren buruak zaintzeko (osasun-hezkuntza).
- Gizarte-langileekin batera behar sozialak kudeatzea.
- Telefono zenbaki bat emango zaie gaixoari nahiz haren senitartekoei. Telefono horretara dei dezakete gaixoa artatzeaz arduratzen diren langileekin hitz egiteko eta galderak egin edota zalantzak argitzeko.
- Gaixoa hiltzean egin beharreko izapideei buruzko informazioa emango zaie senitartekoei, baita heriotza-ziurtagiria bete beharra dagoela esan ere.
- Atentzioa doluan; dolua arriskutsua izango ote den aztertu.
- Prestakuntza jarraituko programetan eta ikerketa-programetan parte hartzea.

— Ospitale orokorretako espezialitate-zerbitzuak

Are diagnostiko, tratamendu edo zainketa espezializatuagoak behar dituzten edota goi-mailako teknologien beharra duten pazienteak artatzeko balio dute ospitale orokorrek. Txagorritxu Ospitalea eta Santiago Apóstol Ospitalea dira Arabako ospitale orokorrak. Esan gabe doa bi Arabako Unibertsitate Ospitalea osatu dutela aipatu berri ditugun bi ospitale orokor horiek.

Prozesuko arreta integralaren barruan, beren espezialitateko pazienteei oinarrizko zainketa aringarriak eskaintzeko ardura izango dute ospitaleko zerbitzu asistentzialetako fakultatibo espezialistek. Horrela, asistentziaren jarraitutasuna bermatu beharko dute fakultatibo espezialistek, berdin arreta espezializatuaren hasieran ala lehen mailako arretan ekin bazaio prozesu asistentzialari.

Etxeko ospitalizazioko lantaldeei esker, ospitaleko zenbait baliabide behar dituzten pazienteak etxean arta daitezke ospitaleratu beharrik gabe. Lehen mailako asistentziaren eta ospitaleko asistentziaren artean aurkitzen diren baliabide konbentzionalak dira, eta asistentziaren jarraitutasuna bermatzen duten funtsezko elementuak dira.

Gaixo terminalentzako ospitalizazio-unitate espezifikoak sortu nahi dira, gaixoa eroso egongo direla bermatzeko eta konplexutasun handiko egoeren behar bereziak estaltzeko.

Funtzioak:

- Gaixotasun terminalaren fase aurreratuan dauden pazienteak identifikatzea, diagnostikatzea, pazientearen historian horren berri ematea eta altan kodetzea. Kodea ezartzen denean, konplexutasunaren maila zeinahi dela ere, horren berri emango zaio posta elektronikoko bidez ospitaleko laguntza-taldeari.
- Hainbat dimentsiotatik beharrak ebaluatzea, eta arreta-plan indibidualizatua egitea. Pazientearen nahiz haren familiaren balioak eta sinesteak kontuan harturik gauzatuko dira plan terapeutikoari lotutako zaintzak.
- Ospitalean asistentzia jarraitua izango dela bermatzea.
- Gaixoa ospitaleraturik egon gabe aplikatu daitezkeen teknika eta prozedura espezifiko ez-subsiarioak eskaintzea.
- Lehen mailako arretako lantaldeekin elkarlanean aritzea, informazioa helarazteko, balioespenak egiteko, eta erabakiak elkarrekin hartzeko.
- Konplexutasun handiko egoeratan edota ospitaleko baliabideak eta ospitaletik kanpokoak koordinatu nahi direnean zainketa aringarrietako laguntza-taldeekin elkarlanean aritzea.
- Lehen mailako arretako lantaldeekin, zainketa aringarrietako baliabide espezifikoekin eta larrialdietako lantalde ibiltariekin batera modu koordinatuan jardun beharko dute etxeko ospitalizazioko lantaldeekin.
- Gaixotasunaren fase aurreratuan edo terminalean aurkitzen den gaixoa artatzea haren egoera larritzen denean edo bere gaixotasunaz gain beste prozesu bat bizi duenean. Horrelakoetan, beharrezkoak diren zainketa aringarriak ere eskainiko dizkiote gaixoari.
 - Ekidin daitekeen sufrimendua eta sintomak arintzea.
 - Premiazko zainketa aringarri jarraituan parte hartzea.
 - Pazienteari arreta psikologikoa nahiz espirituala eskaintzea eta haren behar sozialak asetzea.
 - Pazientearen nahiz haren senitartekoen osasun-hezkuntza.
- Gaixoa hiltzean egin beharreko izapideei buruzko informazioa ematea senitartekoei, baita heriotza-ziurtagiria bete beharra dagoela jakinaraztea.
- Prestakuntza jarraituko programetan eta ikerketa-programetan parte hartzea.
 - Gaixoa etxean artatuko bada, ospitaleko laguntza-taldearekin harremanean jartzea lehen mailako arretarekin jarraitzeko.

Egonaldi ertain eta luzeetarako baliabideak

Zaintza espezializatuak beharrezkoak diren zenbait prozesutan ez da goitekologiaren beharrik. Era horretako prozesuetan espezializaturik daude, hain zuzen ere, eriondoko ospitaleak eta egonaldi ertain nahiz luze ospitaleak (gure lurraldean, esaterako, Leza Ospitalea). Hizpide ditugun ospitale horietan, beraz, gaixotasunaren fase aurreratuan nahiz terminalean aurkitzen diren eta beren sintomak etxean ezin kontrolatu dituzketen gaixoak artatzen dira; dela sintoma konplexuak dauzkatelako, dela senitartekoei ezin dietelako egoki lagundu.

Zentro sozio-sanitario gehienetan antzeko erabilzaileak eta baliabideak aurkituko ditugun arren, egonaldi luzeetarako zentroen zenbait ezaugarri dituzte zentro horietako batzuek. Zentro sozio-sanitarioen eta eriondoko nahiz egonaldi ertaineko zentroen artean funtsezko zenbait desberdintasun daude. Zentro soziosanitarioak, esaterako, pazienteen ohiko bizitoki bihurtzen dira. Gainera, bertan egon bitartean zainketa aringarriak jasotzen dituzten pazienteak identifikatu egin behar dira. Eriondoko nahiz egonaldi ertaineko zentroetan ez da horrelakorik gertatzen, bertan bideratutako pazienteak aurrez identifikaturik egon ohi baitira. Horixe bera gertatzen da, baita ere, egonaldi luzeetarako gure lurraldeko ospitale monografikoetan; Arabako Ospitale Psikiatrikoan, esaterako.

Funtzioak:

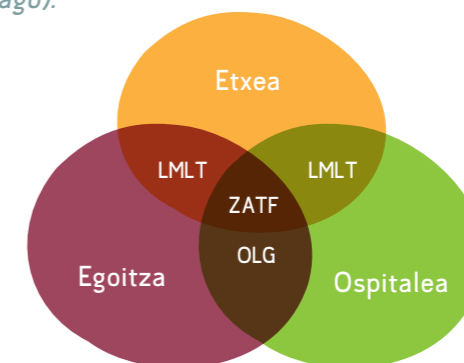
- Gaixotasun terminalaren fase aurreratuan dauden paziente egoiliarak identifikatzea, diagnostikatzea, pazientearen historian horren berri ematea eta kodea esleitzea.
- Ebaluatu egin behar dira sarrera-mugen irizpideak betetzen dituzten pazienteen nahiz haien senitartekoen behar guztiak. Horrez gain, pazientearen nahiz haren senitartekoen balioak nahiz sinesteak errespetatzen dituen arreta-plan indibidualizatua egin beharra dago.
- Gaixoaren nahia zein den alde aurretik jakitea.
- Sintoma edota seinale fisiko, psikiko eta sozialak aztertzea.
- Sintomak nahiz sufrimendua arintzea, eta laguntza psikoafektiboa nahiz espirituala eskaintzea.
- Pazientearen nahiz haren senitartekoen osasun-hezkuntza.
- Beste maila asistentzial batzuekin koordinatzea. Egoera bakoitzean, gaixoa egoki den unitatera bideratzea. Behar sozialak zaintzea eta kudeatzea.
- Dolu konplexuei aurre hartzea.
- Gaixoa hiltzean egin beharreko izapideei buruzko informazioa ematea senitartekoei, eta heriotza-ziurtagiria betetzea.
- Ikerketa eta irakaskuntza.

Abegi-zentroak eta beste baliabide sozial batzuk

Arabak badu garrantzi handiko sare sozial bat. Gizarte Ongizateko Foru Erakundearen mende dagoen sare horrek ehunka herritar artatzen ditu hainbat abegi-zentrotan, etxebizitza komunitariotan, edo etxean bertan. Herritar hauek artatzen dituzte. Artatuek, gehienetan, patologia bat baino gehiago daukate, eta ahulezia egoeran daude. Baldintza horietan, zainketa aringarriek ez dute salbuespenezko neurria izan behar. Gaixo horiek artatzen dituzten profesionalek eskarmentu eta prestakuntza handia dute aztergai dugun alor honetan. Haien jakituria aintzatetsi eta aprobetxatu beharko genuke programa honetan. Horrela, gaixo terminalei eskaini beharreko arreta homogeneousatzea eta egiazki zuzena izango dela bermatzeko asmoz, hizpide ditugun baliabideetan aritzen diren langileei eskaini behar dizkiegu plan honen ondorioz egingo diren prestakuntza-ekintza guztiak eta, hala badagokio, aipatutako prestakuntza-ekintzak egin ditzatela eskatuko diegu.

Osasunari buruzko zenbait gai soilik erakundeetan ezagutzen dira, eta herritarrek ez dute horien berririk. Horrela, gizartearen eta osasun-sistemaren artean izan daitezkeen oztopoak ezabatu ahal izateko, gure ingurunean diharduten laguntza-taldeen araupeko laguntza izan behar lituzkete hizpide ditugun zentro hauek. Hori eginez gero, "laguntza-sarea" sortuko da eta, hari esker, koordinazioa hobetuko da eta bidegabekeriak saihestuko dira.

14. irudia: Baliabideen eta laguntza-taldeen arteko harremana (ZATF; zainketa aringarrien talde funtzionala. Ikusi aurrerago).



Larrialdietako baliabideak

Premiazko osasun-arreta eskaerei erantzuten diete larrialdi-zerbitzuek, urteko 365 egunetan eta eguneko 24 orduetan. Larritasun, gertutasun, irisgarritasun eta erabilgarritasun-irizpideen arabera, baliabiderik egokiena mugiarazten dute kasu bakoitzean. Larrialdi-zerbitzuan soilik arreta puntuala eskaintzen bada ere, pazienteak nahiz haren senitartekoez badakite bertan berehala artatuko dituztela beti.

Larrialdi-zerbitzuetan ebaluatutako gaixo guztietatik zainketa aringarriak hartzen ari diren horiek, hain zuzen, behar-krisialdia izan dutelako jo dute zerbitzu horretara; hau da, haien egoera egonkorra larriki ezegonkorta duen faktore kliniko edo sozio-familiarra izan delako. Gaixoa premia-zerbitzuekin harremanean jartzen denean, gaixoa zainketa aringarrien programaren barruan dela jakin behar dute hura artatuko duten profesionalak. Horrez gain, erabaki zuzenak hartu ahal izateko, gaixoaren arreta-plan individualizatua erraz eskuratzeko aukera izan behar dute larrialdi-zerbitzuko profesionalak. Larrialdien kasuan, osasun aholkuaren zerbitzuak laguntza eskain dezala aurreikusi da. Hau da, gaian trebatutako erizainek aztergai ditugun gaixo hauen edota haien senitartekoen telefono-deiak hartuko dituzte. Erizainek, gaixoaren historia kliniko informatizatua erregistratutako datuak aztertuko dituzte eta, horren arabera, gaixoez nahiz senitartekoez egindako galderak erantzuniko dituzte.

Larrialdietako zerbitzuetan artatzen dira, baita ere, hil herioan egon eta egoera horretan daudela erregistratu ez den gaixoak. Zailtasun eta zalantza handiak sortzen ditu horrek. Horregatik, kasu horiek programa integralera ekartzeko egoki diren prestakuntza nahiz sentsibilitatea izan behar dute, ezinbestean, larrialdi baliabideetan aritzen diren profesionalak.

15. irudia: ospitaleratu gabeko gaixoen behar-krisialdiak artatzea



* Kodifikatutako eta balioetsitako pazienteak, historia elektronikoan Arreta Plan Individualizatua duena, eta etxean laburpena daukana.

Behar-krisialdia

Sintoma berri bat edota sintomen multzo berri bat modu akutuan agertzeari behar-krisialdi deritzen. Gerta daiteke, baita ere, gaixoak alde aurretik duen behar batek okerrera egitea eta, horren ondorioz, pazientearen edota haren familiaren egoera orokorra nabarmenki larriagotzea, ala pazienteak lehen bezain eroso ez egotea, familiaren egonkortasuna asaldatzea, eta esku hartze zehatza beharrezkoa izatea. Egoera hori behar-krisialditzat jotzen da ere.

Pazientea/familia unitatean sortutako sufrimendu-mailaren arabera erabakiko da zer lehentasunez artatuko den kasua eta zer baliabide erabiliko diren. Kasuaren lehentasuna nahiz erabiliko diren baliabideak hautatzeko orduan kontuan hartuko dira, baita ere, jardura berandu aplikatzeak zer ondorio izango lituzkeen eta pazientearen bizitza arriskuan den.

Larrialdi zerbitzuek aztertu behar dute zer behar-krisialdigatik eskatu duen gaixoak premia-zerbitzuko arreta: sintomak oker kontrolatu direlako; larrialdiren bat izan delako zainketa aringarrietan; gaixoak egoera latza bizi izan duelako azken egunetan; kontrolatzen zailak diren sintomak edo sintoma errefraktarioa agertu direlako; gaixoa zaintzeko zailtasunak izateagatik senitartekoez amore eman dutelako; gaixoak egungo nahiz etorkizuneko egoerari buruzko zalantzak izan dituelako; eta abar. Horrela, gaixoa larrialdi zerbitzuetara jotzera bultzatu duten beharrak asetzeko asmoz, paziente/familia unitate bakoitzari bere arreta-plana ezarriko zaio. Gaixoaren beharra zein den jakinez gero, errazagoa izango da baliabiderik egokiena martxan jartzea. Gainera, arreta-plan individualizatua izanez gero, profesionalak aukera izango dute lantalde arduradunak planifikatutakoaren arabera jarduteko, eta gaixoaren nahiz haren senitartekoen itxaropenak, nahiak nahiz lehentasunak errespetatzeko.

Behin ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan artatu ondoren, datozen 24 orduetan gaixoaren egoera egonkorta daitekeen ala ez aztertuko da hura ospitaleratzeko. Gaixoa 24 ordu baino gutxiagoko epean egonkorta dela uste bada, larrialdi-arean gera daiteke. Aitzitik, epe horren barruan egonkorta ez dela uste baldin bada, solairuan ospitaleratu da pazienteak. Pazientearen behar orokorrak ahalik eta ondoen estaltzea izango da gure jardunaren helburu nagusia, eta horren arabera bideratuko dugu pazienteak zerbitzu batera ala bestera.

Larrialdi anbulatorioak

Lehen mailako arretako taldeen lanorduetatik kanpo suertatutako larrialdiekoerak eta behar-krisialdiak artatzen dituzte larrialdi anbulatorioetako lantaldeek.

Funtzioak:

- Gaixoak etxean artatzea.
- Gaixoak identifikaturik dauden aztertzea eta, identifikaturik ez baldin badaude, ZAM edo LMLT jakinaren gainean jartzea.
- Sintoma edota seinale fisiko, psikiko nahiz sozialak aztertzea.
- Sintomak eta sufrimendua arintzea. Une horretan bertan sintomak arintzeko beharrezkoak diren ekintzak baino ez dira egingo larrialdi zerbitzuetan. Laguntza psiko-afektiboa eskaintzea.
- Baliabide anbulatorioekin asistentzia koordinatzea eta protokoloa ezartzea.
- Telefono bidez aholkuak ematea.
- Haren beharrak egoki estaliko dituen asistentzia-dispositibora bideratzea pazienteak.
- Egoerak hala eskatzen badu, osasun langileak pazientearekin batera joango dira anbulantzian.

Horrela, gaixoari laguntza klinikoa eskainiko diote xede-ospitalera iritsi arte.

- Hiltzen ari den bitartean gaixoa artatzea, gaixoa hiltzean egin beharreko izapideei buruzko informazioa ematea senitartekoei eta, hala badagokio, heriotza-ziurtagiria betetzea.
- Pazientea hiltzen baldin bada eta, egoki izanez gero, heriotzaziurtagiria sinatzea.
- Osasunari buruzko informazioa eta prestakuntza eskaintzea, zaintzaile nagusietan arreta jarritz.
- Prestakuntza espezifikoko programetan nahiz ikerketa-programetan parte hartzea.

Ospitaleko larrialdiak

Premiazko beharrak dituzten pazienteetatik ospitaleko baliabideen beharra duten horiek berehala artatzen dituzte ospitaleko larrialdi-taldeek.

Funtzioak:

- Zainketa aringarriak har ditzaketen pazienteak identifikaturik ez daudela iritziz gero, horren berri ematea era horretako pazienteak hartuko dituzten baliabide konbentzional nahiz espezifikoei.
- Sintoma edota seinale fisiko, psikiko nahiz sozialak aztertzea.
- Sintomak eta sufrimendua arintzea. Une horretan bertan sintomak arintzeko beharrezkoak diren ekintzak egin eta laguntza psikoafektiboa eskaintzea.
- Ospitaleko baliabide konbentzional nahiz espezifikoein asistentzia koordinatzea eta protokoloak ezartzea, bere beharren arabera pazienteak ahalik eta baliabiderik egokienean egon dadin.
- Sistema espezifikoko bat ezarriko da ospitaleratzeko beharra duten pazienteak azkar ospitaleratzeko eta beharrezkoak ez diren probak egitea saihesteko.
- Hiltzen ari den bitartean gaixoa artatzea, gaixoa hiltzean egin beharreko izapideei buruzko informazioa ematea senitartekoei eta, hala badagokio, heriotza-ziurtagiria betetzea.
- Osasunari buruzko informazioa eta prestakuntza eskaintzea, zaintzaile nagusiei, batez ere.
- Prestakuntza espezifikoko programetan nahiz ikerketaprogrametan parte hartzea.

— Zainketa aringarrietako baliabide espezifikoak

Lehen mailako arretako zainketa aringarrietako laguntzataldea

Gurean berriki sortutako baliabidea da hizpide dugun hori. Laguntzataldearen eginkizun nagusia da, hain zuzen ere, lehen mailako arretako lantaldeei gaixo terminalak nahiz haien senitartekoak artatzen laguntzea. Horrez gain, lehen mailako arreta eta gainerako beste baliabide guztiak koordinatzen ditu. Ikerkuntzaren, prestakuntzaren eta irakaskuntzaren alorrean zenbait egiteko dauzka hizpide dugun laguntza-taldeak. Osaerari dagokionez, zainketa aringarrietan adituak diren lehen mailako arretako mediku batek eta erizain batek osatzen dute mintzagai dugun laguntza-taldea.

Gehienetan, senitartekoek lagundutako gaixoa artatzen dituzte, zailtasun tekniko handirik gabeko gaixotasunaren fase terminalean daudenak. Gaixoa eta haren zaintzaileak ados egon ohi dira pazienteak etxean behar duela prozesuak iraun bitartean, nahiz eta, zenbaitetan, beste espezialista batzuen laguntza anbulatorioa behar. Gaixoa artatzen duen lehen mailako arretako lantaldeak zenbait faktore konplexu hautematen ditu, eta laguntza-taldearengana jotzen du.

Funtzioak:

- Une jakin batzuetan pazienteak etxean artatzea, "urrutitik"; datuak erregistratzeko eta gaixoaren jarraipena egiteko elementuak erabiliz.
- Etxean diren gaixoa modu integralean ebaluatzea, ahal dela, lehen mailako arretako lantaldeekin elkarlanean.
 - Pazientearen nahiz haren senitartekoen beharrak estaltzeari eta egoeraren konplexutasunaren mailari buruz aholkuak ematea.
- Kasuak telematikoki jarraitzea.
- Profesionalei telefono bidez laguntza eskaintzea.
- Ospitaleko materialak eta farmakoak ematea.
- Beste egitura batzuekin koordinatzea (gizarte-zerbitzuekin, egonaldi ertain nahiz luzeetarako ospitaleekin, gaixo akutuentzako ospitaleekin, eta abar).

Ospitaleko zainketa aringarrietako laguntza-taldea

Ospitaleko beste unitate batzuetatik bidalitako pazienteak hartzen ditu, eta zainketa aringarrietara egokitzen ditu gaixoaren diagnostikoa nahiz terapia. Zenbait kasutan, duela gutxi diagnostikatu da gaixotasunaren fase terminalean aurkitzen dela pazienteak. Horrelakoetan, informazioa egokituko da, inpaktua aldatu, eta ospitalean dela nahiz ospitaletik ateratzean gaixoari zainketa aringarriak aplikatzeko proposamena egin. Beste batzuetan, berriz, zainketa aringarriak aplikatzeko aukera diziplina askotatik aztertuko edo aztertzen lagunduko du hizpide dugun laguntzataldeak. Horrela, pazientearen nahiz haren senitartekoen behar orokorretara egokituko du osasun-sistema eta, aldi berean, ospitalearen barruko nahiz kanpoko beste baliabide batzuekin elkarlanean arituko da. Prestakuntzaren, irakaskuntzaren eta ikerkuntzaren alorrean zenbait jarduera gauzatzen ditu ere. Paziente akutuak ospitaleratzeko orduan, berriz, eskuragarri dauden gure sistemako baliabide nahiz teknologia guztia erabil ditzake laguntza-talde horrek.

Funtzioak:

Ospitalean diagnostikatutako pazienteak artatzea edo haien asistentzia koordinatzea.

Jarduera espezifikoak:

- Kasu berriak modu integralean aztertzea.
 - Bere kargura ez dauden pazienteei buruzko barne-kontsultei erantzutea.
- Profesionalei aholkuak ematea telefono bidez.
- Beste egitura batzuekin koordinatzea (gizarte-zerbitzuekin, egonaldi ertain nahiz luzeetarako ospitaleekin, gaixo akutuentzako ospitaleekin, eta abar).
- Kasuen jarraipena egiten laguntzea, bereziki, kasurik konplexuenak.
- Neurologia, kardiologia, pneumologia eta beste espezialitate batzuekin partekatutako pazienteen kanpo-kontsultak jarraitzea. Gainerako beste lan bat da. Alboko esklerosi amiotrofikoa, biriketako fibrosia, bihotzgutxiegitasuna, eta beste gaixotasun batzuetan, are goizago hartu behar dute parte eta, horregatik, gai hauetan bereziturik egon behar du lantaldeak.
- Bere ardurapean diren pazienteak zuzenean artatzea, modu integralean eta diziplina askotatik.
- Etenik gabeko prestakuntza ospitalean
- Ikerketa eta irakaskuntza.

8. taula: baliabide asistentzial guztien helburuak

A. Zainketa aringarriak jasotzeko beharra duten pazienterik dagoen jakitea, ahalik eta lasterren eta edozein asistentzia-mailatan.

1. Hil herioan diren pazienteak identifikatzeko ardura sustatzea.
2. Hil herioan diren pazienteak edozein kontakturen bitartez identifikatzeko mekanismoak artikulatzea, baita larrialdi-zerbitzuetan ere.
3. Talderik ahulenetan era horretako gaixorik dagoen goiz detektatzeko joera sustatzea (hau da, onkologiakoak ez diren gaixoetan, haurretan, nerabeetan, instituzionalizatutakoetan, eta beste talde batzuetan).
4. Historia kliniko elektronikoan alerta espezifikoak sartzea sustatzea, zainketa aringarriak behar dituzten edo beharko lituzketen pazienteak identifikatzeko.
5. Gaixotasunen Nazioarteko Saikapeneko kodetatik zainketa aringarrien diagnostikoetarako ezarritako kode espezifikoak erabil daitezela sustatzea (GNS9MC-ko V66.7 kodea).
6. Konplexutasun-faktoreen arabera, gaixoa maila batean ala bestean sartzea.

B. Arreta-plan indibidualizatua egitea.

1. Arreta-plan indibidualizatua egitea (API), historiako elementu gakoa baita. Plan horretan jasoko dira, baita ere, pazientearen nahiz haren senitartekoen beharren ebaluazio integrala.
2. Erabakiak hartzeko orduan, parte hartzeko aukera ematea pazienteari nahiz haren senitartekoei, betiere, haien beharrak, desioak, balioak eta lehentasunak gogoan harturik, eta hil herioan diren pertsonen kalitatezko arreta eskainiz.
3. Aurretiazko borondateen agiriari buruzko informazioa ematea.
4. API aldiro berrikustea eta gaixoaren eboluzioaren beharretara hura egokitzea, batez ere, pazienteak azken egunetan denean.
5. Diziplinarteko nahiz taldeko lana sustatzea.
6. Informazioa kudeatzeko eta transmititzeko mekanismoak garatzea.
7. Zainketa aringarriei buruzko oinarritzko ikastaroak ematea osasunaren arloko profesionali.

C. Asistentziaren jarraitutasuna bermatzea

1. Baliabideak antolatzea gaixoei eguneko 24 orduan asistentzia izango dutela bermatzeko.
2. Existitzen diren baliabide asistentzialen koordinazioa hobetzeko jarduerak sustatzea.
3. Zainketa aringarrietako baliabide aurreratuak sustatzea gaixo kronikoak nahiz egonaldi luzeko gaixoak ospitaleratzean.
4. Egoitzetan bizi diren pertsonen zainketa aringarriak aplikatzeko beharrezkoak diren baliabideak izatea.
5. Osasun-zerbitzuak, zentro sozio-sanitarioak eta gizarte-baliabideak koordinatzea.

9. taula: baliabide asistentzial guztien helburu espezifikoak

BALIABIDEA	LEHEN MAILAKO ARRETA	OSPITALE OROKORRAK	EGONALDI ERTAIN ETA LUZEETARAKO OSPITALEAK
Funtzioa	<ul style="list-style-type: none"> ● ZA kasuak identifikatzea, kasu horiek ahalik eta egokien tratatzeko. ● Plataforma bakar batean erregistratzea kasu guztiak, xede populazio erreala zein den jakiteko. ● Ebaluazio integrala eta arreta-plan indibidualizatua (API) egitea. ● Zaintzaileentzako osasun-hezkuntza. ● Jarraipen aktiboa etxean. ● Arreta intentsiboa bizitzaren amaieran. ● Arreta doluan. 	<ul style="list-style-type: none"> ● ZA kasuak identifikatzea, kasu horiek ahalik eta egokien tratatzeko. ● Plataforma bakar batean erregistratzea kasu guztiak, xede populazio erreala zein den jakiteko. ● Ebaluazio integrala eta API egitea. ● Zaintzaileentzako osasun-hezkuntza. ● Gaixoaren jarraipena egitea, hura ospitaleraturik dagoen bitartean. ● Arreta intentsiboa bizitzaren amaieran. ● Dolu konplexuak hautematea. 	<ul style="list-style-type: none"> ● ZA kasuak identifikatzea, kasu horiek ahalik eta egokien tratatzeko. ● Plataforma bakar batean erregistratzea kasu guztiak, xede populazio erreala zein den jakiteko. ● Ebaluazio integrala eta API egitea ● Zaintzaileentzako osasun-hezkuntza. ● Gaixoaren jarraipena egitea, hura ospitaleraturik dagoen bitartean. ● Arreta intentsiboa bizitzaren amaieran. ● Dolu konplexuak hautematea.
Jarduera	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifikatzea, kodetzea eta erregistratzea. ● Ebaluazio integrala historia informatizatuan ● Konplexutasun maila zehaztea ● API ● Jarraipen-orria etxean. ● Kasua oso konplexua baldin bada, laguntza-taldearekin batera bisita egitea. ● Jarraipen hitzarmena 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifikatzea, kodetzea eta erregistratzea. ● Ebaluazio integrala historia informatizatuan ● Konplexutasun maila zehaztea ● API ● Kasua oso konplexua baldin bada, laguntza-taldearekin batera bisita egitea. ● Jarraipen hitzarmena. ● Gaixoa etxean artatuko dela jakinaraztea ospitaleko laguntza-taldeari. ● Alta kodetzea. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifikatzea, kodetzea eta erregistratzea. ● Ebaluazio integrala historia; aurretiko borondateak ezagutzea eta erregistratzea. ● Konplexutasun maila zehaztea ● API ● Kasua oso konplexua baldin bada, laguntza-taldearekin batera bisita egitea. ● Jarraipen hitzarmena. ● Gaixoa etxean artatuko dela jakinaraztea zainketa aringarrietako laguntzataldeari. ● Alta kodetzea.

BALIABIDEA ZAKO LAGUNTZA-TALDEA OSPITALEKO LAGUNTZATALDEA

Funtzioa Era honetako kasuak identifikatzen eta tratatzen laguntzea lehen mailako arretako taldeei. Ospitalean diagnostikatutako pazienteak artatzea edo haien asistentzia koordinatzea.

- Jarduera**
- Profesionalei telefono bidez laguntza eskaintzea.
 - Zainketa aringarrietako taldeekin batera bisitak egitea, eta konplexutasuna mailakatzen laguntzea.
 - Kasuen jarraipena egiten laguntzea, bereziki, kasurik konplexuenetan.
 - Normalean erabiltzen ez diren material espezifikoak hornitzea.
 - Edozein mailatako beste baliabide sozial eta sanitario batzuekin koordinatzea.
 - Ospitaleko laguntza-taldearekin oso koordinaturik egotea.
 - Etenik gabeko prestakuntza lehen mailako arretaren alorrean.
 - Ikerketa eta irakaskuntza.
 - Telefono bidez laguntza eskaintzea ospitaleko profesionalei.
 - Sail arteko orriak balioestea.
 - Kasuen jarraipena egiten laguntzea, bereziki, kasurik konplexuenetan.
 - Edozein mailatako beste baliabide sozial eta sanitario batzuekin koordinatzea.
 - Bere ardurapean diren pazienteak zuzenean artatzea, modu integralean eta diziplina askotatik.
 - Etxeko laguntza-taldearekin oso koordinaturik egotea.
 - Etenik gabeko prestakuntza ospitalean.
 - Ikerketa eta irakaskuntza.

13 BEHARREZKO BALIABIDEAK. LAGUNTZA-TALDEAK.

Gaixoak artatzean, alderdi guztiak hartzen dira kontuan. Hori dela eta, funtsezko bi alorren babesa izan behar du plan honek: gizarte-lana eta psikologia. Bi alor horietan erreferentziazko profesionalak izan beharko lituzke planak, bai pazienteak eta haien senitartekoak artatzeko, bai profesionalei aholkuak emateko, prestakuntzan laguntzeko, eta abar.

Boluntarioak, pazienteen antolakuntzak, eta beste baliabide batzuk ere aztertu beharko genituzke.

Gure ingurunean ahalik eta zainketa aringarrien baliabide espezifiko gehien izateko asmoz, eta pazienteei nahiz haien senitartekoei area guztietan laguntza eskaini ahal izateko, **Zainketa Aringarrien Talde Funtzionala (ZATF)** osatuko dute zainketa aringarrietako lantalde espezifikoek.

16. irudia: Zainketa Aringarrien Talde Funtzionala



Horrela, unitate espezifikoa, diziplinartekoa eta zeharkakoa (LM - ospitalea) jarriko da sareko profesional guztien esku. Gerta daiteke hasiera batean gaixoaren ardura duen taldeak behar konplexuak hautematea eta taldeak berak nahikoa gaitasun ez izatea behar horiek behar bezala aurre egiteko. Horrelakoetan, hizpide dugun talde funtzionalarengana jo ahal izango dute sareko profesionalak.

Talde Funtzionalaren funtzioak

Zainketa aringarrietako talde espezifikoak batzeko asmoz sortu zen 2011. urtean sortutako Talde Funtzionala. Estrategia horren bitartez, beraz, honako hauen lortu nahi dira:

- Programan parte hartzen duten pazienteetatik arreta espezializatua jaso behar duten horiei buruzko informazioa partekatzea.
- Paziente horiek asistentzia-maila batetik bestera pasa daitezkeela aurreikusi eta prozesu hori erraztu.
- Profesional horiek autoprestakuntza (saio klinikoak, biografikoak, eta abar).
- Zainketa aringarriak zabaltzea eta haien buruz ikertzea.
- Goi-mailako prestakuntza eskaintzea, modu koordinatuan (txandakatzeak, ikastaroak, eta abar).

Hiru hilean behin, planaren jarduera ebaluatuko du talde kudeatzaile batek. Planaren ebaluazioa egiteko, talde bakoitzaren erregistroak aztertuko ditu. Esan gabe doa talde asistentzial bakoitzak bere helburuak eta adierazleak izango dituela. Hortaz, planaren ebaluazio jarraitua egiteko eta beharrezkoak izan daitezkeen neurri zuzentzaileak garaiz ezarri ahal izateko orduan erabilgarriak suertatuko zaizkigun hainbat adierazle aurkeztuko ditugu.

Lehenengo fasean, estaldurari, irisgarritasunari eta baliabideak eraginkortasunez erabiltzeari buruzko adierazleak lehenetsiko dira. Ondoren, pixkaka-pixkaka, beste adierazle batzuk ezarri beharko ditugu pazienteak nola artatzen ari garen zehaztasunez jakiteko, haien sintomak egoki kontrolatzen ari garen jakiteko, eta abar.

Hasiera batean, honako adierazle hauek erabiltzea proposatuko dugu:

10. taula: proposatutako hasierako adierazleak

Hautemate- eta jarraipen-adierazleak

Zainketa aringarriak jaso ditzaketan pazienteak identifikatzea

1. Populazio teoriko osotik kodifikatuak eta erregistratuak izan diren pazienteen ehunekoa.
2. V66.7 kodea duten pazienteen banaketa:

a. Onkologia-zerbitzua	b. Ospitaleko laguntza-taldea
c. Etxeko ospitalizazioa	d. Ospitaleko beste zerbitzu batzuk
e. Lehen mailako arreta	f. Lezako ospitalea
g. Itunpeko zentroa (Clínica Álava klinika)	

Arreta-plan integratua egitea

3. V66.7 kodea duten pazienteetatik APIa daukatenen ehunekoa.
4. API guztietan zehaztu beharra dago zein den kasuaren konplexutasun-maila eta baliabiderik egokiena.
5. Etxean dauden V66.7 kodedun pazienteetatik etxean informazio-orria dutenen ehunekoa.

Emitzen adierazleak

6. V66.7 kodea duten pazienteetatik hasierako ebaluazioan edo haren ondoren aukeratutako lekuan hil direnen ehunekoa.
7. Gaixoaren zaintzaile nagusiak prozesua amaitzean duen gogobetetasun-maila

Asistentziaren jarraitutasuna bermatzea

8. V66.7 kodea duten pazienteetatik alde zurretik programaturik ez zegoen jarduera, hau da, premiazko jardueraren beharra izan dutenen ehunekoa.

Prestakuntza eta ikerketa

9. Profesionaletatik zainketa aringarriari buruzko oinarritzko prestakuntza espezifikoak jaso duten horien ehunekoa
10. Programa honi lotutako taldeek zainketa aringarriari buruz egindako aurkezpenak, argitalpenak, eta abar.

Plan hau arrakastatsua izan dadin, zuzentasunez eta modu homogineoan jardun behar dute zainketa aringarriak hartu behar dituen pazienteak nahiz haren senitartekoak artatzen dituzten eragile guztiek. Horretarako, asistentzia-maila guztietako langileek prestakuntza egokia izango dutela bermatuko da, hau da, aipatu gaixo horiek artatzean beren gain hartuko dituzten arduren arabera prestakuntzamaile izango dutela. Araban zainketa aringarrien lantalde espezifikoak egongo balira are errazagoa izango litzateke prestakuntza-jarduerak gauzatzeko, era horretako ekintzen ardura beren gain hartuko bailukete lantalde horiek. Hala ere, eskarmentua aberasteko, koordinazioa sustatzeko eta guztiok batera lan egin ahal izateko, beste talde batzuen laguntza beharko dute lantalde espezifikoek.

Prestakuntza-proposamenaren arabera, bizipenen bitartez osatu beharko litzateke ohiko prestakuntza; esaterako, bisita bateratuak (lehen mailako arretako taldeak eta laguntza-taldea) eta txandakatzeak egitearen bidez (lehen mailako arretako laguntza taldean, ospitaleko taldeetan, eta zainketa aringarrietako unitateetan). Gaur egungo errealitateari so, badira bizitzaren amaieran aurkitzen diren pertsonen eskaintako arretaren kalitatearen gain eragin handia duten zenbait zerbitzu "gako". Zerbitzu horien eragina hain da garrantzitsua non proposamen honetan sakontasunez lantzea merezi duen. Hau da, lehen mailako arretako taldea osatzen duten profesionalen buruz eta ospitaleko nahiz ospitalekin kanpoko larrialdizkerietan diharduten profesionalen buruz ari gara (arreta jarraituko guneak, Eulen^o larrialdiak, landako laguntza-taldeak, 112ko mediku koordinatzaileak, eta abar). Hiru talde horietako profesionalen zuzenduko zaie, bereziki, prestakuntzari buruzko ekintza-plan hori.

Horrela, prestakuntza-jarduerak hiru mailatan banatuko dira, honako alderdi hauen arabera: jardueren sakontasuna eta aurrerapausoak; jardueren hartzaileak; eta jardueren hartzaileek hil herioan diren pertsonen nahiz haien familiekin duten harremanaren intentsitatea eta bolumena.

Prestakuntza-jarduerak, beraz, honako hiru maila hauetan banatuko dira: oinarritzkoa, erdikoa eta aurreratua.

PRESTAKUNTZA-MAILAK

Oinarritzkoa: erizaintzako eta medikuntzako ikasleentzat, egoiliarrentzat eta osasunaren alorreko profesional guztientzat.

Erdikoa: hil herioan diren gaixoekin harremanean izaten diren profesionalentzat.

Aurreratua: zainketa aringarrietako lantalde espezifikoetako profesionalentzat.

Oinarritzko maila

Helburua: gaian jantztea, sendabiderik ez duen gaixotasunarekiko JARRERA ALDATZEA.

Helburu espezifikoak:

- Zainketa aringarrien printzipioak eta aukerak ezagutzea
- Prozesuak hobetzeko asmoz, komunikatzeko trebetasunak lantzea; adibidez, elkarriketak egitea eta informazioa ematea.
- Gaixotasun terminala duen pazienteak eta haren senitartekoak deseroso sentiarazten duten arrazoi nagusiak hautematen ikastea.
- Oinarritzko plan terapeutikoa egiten irakatsi: Farmakorik erabilienak eta farmakologikoak ez diren terapiak.

Hartzaileak:

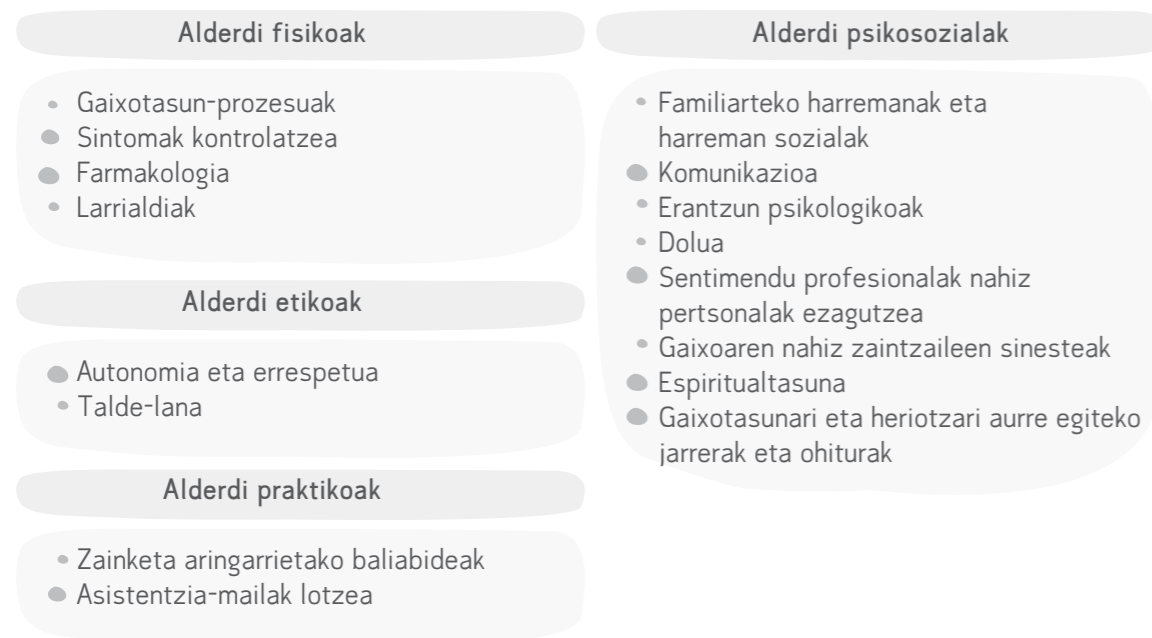
Medikuntzako eta erizaintzako ikasleak.

Egoiliarak

- MF eta K
- Barne-medikuntza
- Onkologia medikoa
- Onkologia erradioterapikoa

Lehen mailako arretako, larrialdietako, emergentzietako, egonaldi ertain eta luzeetarako egoitzetako eta egoitza erresindetzialetako profesionalak.

Osasun Sistema Nazionalako zainketa aringarrietako estrategiaren agirian adierazitakoari helduz, honako eduki hauek landuko dira zainketa aringarriari buruzko oinarriko prestakuntzan:



Prozedura tradizionala: 20 eta 40 ordu bitarteko ikastaroak

Proposamena: ikaskuntza "praktikoa" izateko eta espezialisten aholkuak jasotzeko bide emango duten beste formatu berri batzuk praktikan jartzea. Irakaskuntza tradizionala osatzeko asmoz, adibidez, kasuen antzezpenekin egin eta antzezpen horiek DVD batean bil daitezke. Bestela ere, "web" gune bat martxan jar dezakegu haren bitartez tutoretzak egiteko ikasturtean barrena.

Erdiko maila

Oinarriko prestakuntzaren hurrengo maila, gaixotasun terminala duten gaixoei eta haien senitartekoekin harremanean egon ohi diren profesionalentzat.

Helburua: Egunero pazienteak nahiz haien senitartekoak artatzeko lagungarriak diren jakintzak eta trebetasunak lantzea; eta ikastaroen hartzaileak gai izatea konplexutasun handikoak izateagatik laguntza-talde espezializatuek esku hartu beharra duten egoerak detektatzeko. Prestakuntza espezifikoa izan duten profesionalak egon daitezela gaixo terminalak artatzen dituzten zerbitzu guztietan.

Prozedura tradizionala: 20 eta 40 ordu bitarteko ikastaroak Espainian eskainitako "Masterren" banakako moduluak.

Horrez gain, proposatzen da, baita ere:

- Gure erkidegoan eta bertatik kanpo, zainketa aringarriari buruzko prestakuntzan erreferente izango den erdiko ikastaro bat egitea, 70 ordu ingurukoa.
- Gure erkidegoko edo, eskaera handia baldin bada, beste toki batzuetako lantalde espezifikoei txandakatzeak egitea.

Hartzaileak: Honako gai hauekiko profesionaletatik gaiaren gain interesa dutenak:

- Lehen mailako arreta
- Etxeko ospitalizazioa
- Onkologia
- Barne-medikuntza
- Geriatria (egoitzen alorra)

Maila aurreratua

Helburua: zainketa aringarrietako lantalde espezifikoei kideak lanbidean jarduteko gai direla bermatzea. Master mailako ikastaroak izango dira (Espainian, era horretako 6 ematen dira egun; 2012-2013 ikasturtean, berriz, era horretako masterra ematen hasiko dira Bilbon, Euskal Herriko Unibertsitateak eta Santurtziko San Juan de Dios Ospitaleak antolatuz).

Hartzaileak: zainketa aringarrietako lantalde espezifikoei profesionalak.

Proposamena:

- Master erako ikastaroa egiteko aukera ematea aipatu profesionali.
- Itzal handiko zerbitzu espezializatuetan txandakatzea sustatzea.

ARABAN ZAINKETA ARINGARRIETAKO ARRETAREN PROZESUA ABIARAZTEKO, KOORDINATZEKO ETA IKUSKATZEKO ORGANIGRAMA

Asistentzia koordinatze unitatea

Zainketa aringarrietan parte hartzen duten taldeak koordinatzea; eta hautemandako beharren arabera pazienteak dagokion asistentzia-mailan kokatzea. Horiexek dira plan hau garatzeko GAKOAK. Beharrezkoa da, beraz, asistentziaren koordinazioa bistaratu eta zehaztuko duen koordinazio-unitatea sortzea.

Gaurdaino egin izan duten modu berean jarraituko dute lanean taldeek aurrerantzean ere. Hala ere, erabakiak hartzeko haien gaitasuna eta gure eremuan duten eragina handitzeko asmoz, modu koordinatuan jardungo dira. Plan Integratu hau egiteko asmoz sortutako lantaldeen jarraipen naturala litzateke koordinaziotaldea.

Funtzio hauek izango ditu:

- Asistentzia-mailak koordinatzearen bidez, arreta integralaren eredia abiaraztea.
- Arreta zuzena izan dadila lortzeko asmoz, beharrezkotzat jotzen den denboratarrean suertatutako kasuak aztertzea, baita egin daitezkeen ikastaroak eta irtenbiderik egokienak ere.
- Gaixo horiek eta haien senitartekoak modu homogeneoan artatzen lagunduko duten gidak nahiz protokoloak egitea.
- Prestakuntza-jardura koordinatuak planifikatzea eta gauzatzea, asistentzia maila guztientzat.

Asistentzia koordinatze unitatea honako hauek osatuko dute:

- Lehen mailako arretako ordezkari batek
- Txagorritxu AUOko laguntza taldeko kide batek
- Santiago AUOko laguntza taldeko kide batek
- Lehen mailako arretako laguntza taldeko kide batek
- etxeko ospitalizazioko, larrialdietako, onkologiako (onkologia medikoko nahiz onkologia erradioterapikoko) eta egokitzen diren ospitaleko zerbitzuetako kide batek.
- Lezako Ospitaleko zainketa aringarrietako lantaldeko kide batek

Hasiera batean, hilean behin bilduko dira. Bilera bakoitzaren akta egingo du programako koordinatzaileak, eta hura talde kudeatzaileari bidaliko dio.

Plan integrala kudeatuko duen taldea

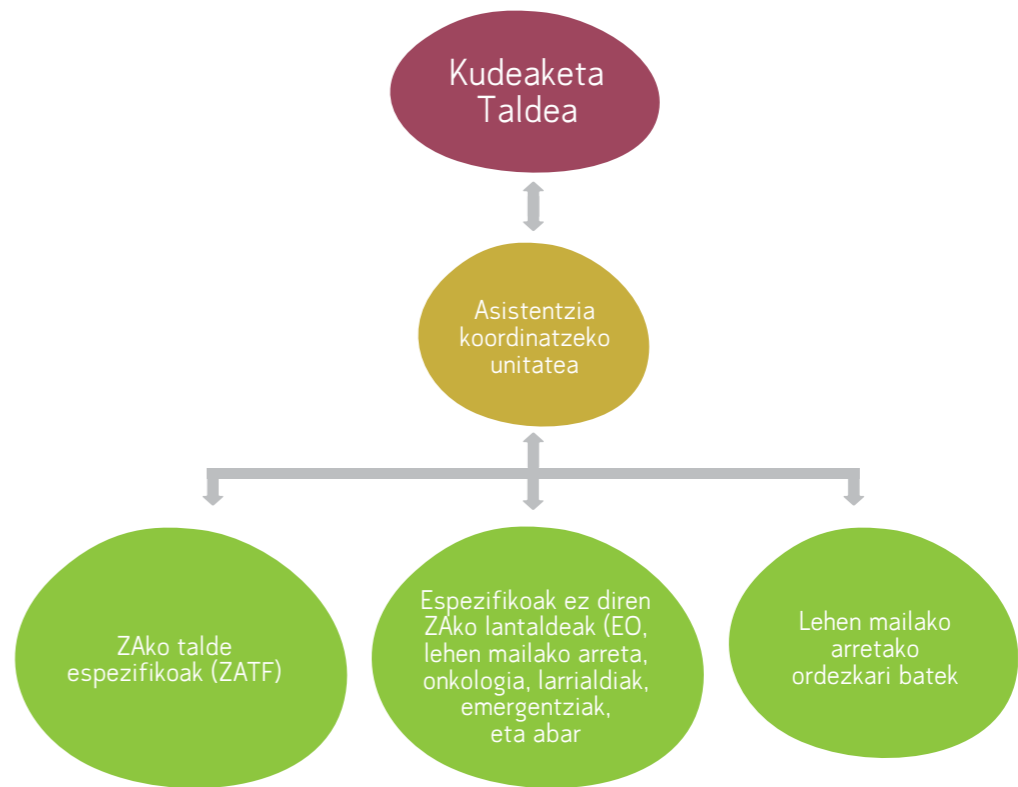
Proiektuarekin jarraitu ahal izateko, plan integrala kudeatuko duen taldea sortuko da. Talde hori osatuko dute lantaldeetako koordinatzaileek eta artean diren zerbitzuetako zuzendaritza-organoek (hau da, AUO Arabako Unibertsitate Ospitaleko eta Araba eskualdeko zuzendaritza organoek). Asistentzia koordinatze unitateak informazioa bidaliko dio talde kudeatzaileari. Funtzio hauek izango ditu talde kudeatzaileak:

- Plan hau egoki garatuko dela zaintzea. Hau da, asistentzia-maila bakoitzean eta baliabide espezifiko bakoitzean baliabide nahiz helburu orokor zein egokiak erabiltzen direla.

- Planaren emaitzak aldiro ebaluatzea eta, beharrezkoa izanez gero, zenbait alderdi hobetzeko neurriak proposatzea.
- Informazio-sistema integratua eta espezifikoak garatzea.

Hiru hilean behin bilduko dira, eta bilera bakoitzaren txostena egingo dute. Aipatu txosten hori, bidenabar, asistentzia koordinatze unitateko kideei bidaliko zaie.

17. irudia: Asistentzia-prozesu integralaren organigrama



Goitik beherako eta behetik gorako informazio-fluxua ezarriko da eta, horrela, informazio "korrante" bizkor eta zehatza izango dugu paziente terminalari nahiz haren familiari gurean gertatutako guztiari buruz; gaixo horiek baitira eta izan baitira prozesu integratuaren lehentasuna.

I. ERANSKINA:
FASE AURRERATU ETA TERMINALEAN DEN
GAIXOTASUNAREN EZAUGARRIAK

II. ERANSKINA:
GAIXOTASUNAREN FASE AURRERATUAN TERMINALEAN
AURKITZEN DEN GAIXOAREN ETA HAREN
SENITARTEKOEN BALIOESPEN INTEGRALA

III. ERANSKINA:
ARRETA PLAN INDIBIDUALIZATUA (API)

IV. ERANSKINA:
ETXEKO JARRAIPEN-ORRIA

V. ERANSKINA:
ESKALAK

I. ERANSKINA: FASE AURRERATU ETA TERMINALEAN DEN GAIXOTASUNAREN EZAUGARRIAK

GAIXOTASUN ONKOLOGIKOAREN FASE TERMINALAREN EZAUGARRIAK

1. Gaixotasun sendaezina, aurreratua eta progresiboa.
2. Bizi-pronostiko mugatua (6 hilabete ingurukoa).
3. Tratamendu espezifikoen aurrean erantzuteko aukera gutxi.
4. Eboluzio gorabeheratsua, behar-krisialdi askorekin.
5. Inpaktu emozional eta familiar handia.
6. Ondorioak zaintzaileen egituraren gain.
7. Baliabideen eskaera eta erabilera handia.

Paziente onkologikoen biziraungo ez dutela adierazten duten faktoreak:

1. Karnofsky <40 adierazlea, biziraupen txikia.
2. ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) >2, biziraupen txikia.
3. Ahultasuna, anorexia, geldirik egoteagatiko disnea, edema eta deliriumak.
4. Gaixoak berak igartzen baldin badu lehen baino bizi-kalitate okerragoa duela eta haren maila kognitiboak behera egiten badu, 2 aste baino gutxiagoko bizi-pronostikoa izango du gaixoak.
5. Zainketa aringarrietan, honako parametro hauek erakusten dute gaixoa goiz hilko dela: hiponatremia, hiperkaltzemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leukozitosis, neutropenia eta linfopenia.

FASE AURRERATUAN ETA TERMINALEAN DEN GAIXOTASUNAREN EZAUGARRI OROKORRAK:

1. Bizi-itxaropena mugatzen duen gaixotasun bat edo hainbat gaixotasun agertzea. Pazientea edota (pazientearen gaitasunen arabera) haren senitartekoak jakinaren gainean izan behar dira.
2. Informazioa jaso ondoren, sintomak kontrolatzeko tratamendua aukeratu dute pazienteak, haren senitartekoek edota (pazientearen gaitasunen arabera) haren arduradunek.
3. Pazienteak honako ezaugarri hauetako bat izan behar du:
 - a. Ondo dokumentatutako progresioa, gaixotasun bakoitzaren ezaugarri espezifikoen arabera.
 - b. Gaixoa behin baino gehiagotan ospitaleratu izana, azken 6 hilabeteotan gaixoa behin baino gehiagotan larrialdi-zerbitzuetara joan izana, edota erizainek gaixoaren etxera joan behar izana hura artatzera edo ebaluatzerara.
 - c. Gaixotasunaren eboluzioa dela-eta, gaixoak autonomia galdu berri izana.
 - d. Gaixotasunaren ondorioz, pazientearen egoera nutrizionalak berriki okerrera egin izana. Hori erakusten duten agiriak egon behar dira.

FASE AURRERATU ETA TERMINALEAN DEN GAIXOTASUNAREN EZAUGARRIAK PAZIENTE GERIATRIKOETAN

- Gaixotasunaren fase aurreratuari lotutakoak: gaixotasun kroniko aurreratuaren ezaugarriak:
 - Gaixotasuna (organo bat erasana)
 - Hainbat gaixotasun batera
 - Eragina gaitasun funtzionalaren gain (ezgaitasuna izateko joera).
- Progresioari lotutakoak: gaixotasun kronikoaren progresioaren ezaugarriak:
 - Organoa modu progresiboan narriatzea.
 - Funtzioa modu progresiboan narriatzea.
 - Tratamendua hartzeko lehen baino behar handiagoa.
 - Zainketa eta beste arreta batzuen beharra.

- Tratamenduari lotutakoak: Tratamenduak ez du balio gaixoaren egoera hobetzeko edo ezin da gauzatu honako arrazoi hauengatik:
 - Gaixotasunaren tratamendu espezifiko guztiak agortu direlako.
 - Pazientea fisikoki edo psikikoki narriaturik dagoenez ezin izan direlako aplikatu tratamendu espezifikoetako batzuk.
 - Beste esku hartze edota tratamendu batzuk aplikatu arren, gaixoaren egoerak ez duelako hobera egin (ebaluazio eta esku hartze geriatriko integrala, esku hartze nutrizionala, errehabilitazioa, fisioterapia).
- Pazienteari eta haren familiari lotutakoak:
 - Desioak eta itxaropenak.
- Baimenari lotutakoak:
 - Profesionalen eta lantaldeen arteko akordioak.

FASE AURRERATUAN DEN BIRIKETAKO GAIXOTASUNA

- Honako ezaugarri hauek dituen biriketako gaixotasun kroniko larria:
 - Geldirik egonda neurtutako disnea ezgaitzailea; erantzun gutxi edo erantzunik ez bronkio-zabaltzaileak aplikatzean. FEV1 %30 baino txikiagoa izateak erakusten du gaixoak disnea ezgaitzailea duela. Hala ere, ez da beharrezkoa hura lortzea.
 - Arnas-infekzioengatik eta arnas-gutxiegitasunengatik gaixoa lehen baino gehiagotan ospitaleratzeak edo etxean artatzeak erakusten du gaixotasunak aurrera doala. Urteko 40 ml baino gehiago murrizteak erakusten du gaixotasunak aurrera doala; baina ez da beharrezkoa neurri hori ateratzea.
- Gaixoak geldirik eta gelako airea hartzen ari dela PaO₂-a 55 mm Hg baino txikiagoa baldin badu eta, O₂ osagarriarekin, O₂ren saturazioa % 88koa bada, hipoxemia duela esango dugu. Aitzitik, gaixoaren PaO₂-a 50 mm Hg baino handiagoa bada, gaixoak hiperkapnia duela joko dugu.
- Biriketako gaixotasun baten ondorioz suertatutako eskuineko bihotz-gutxiegitasuna.
- Gaixoak, nahigabea, pisuaren %10 baino gehiago galtzea azken sei hilabeteetan.
- Gaixoa geldirik dela, minutuko 100 pultsazio baino gehiagoko takikardia izatea.

1., 2. eta 3. irizpideak derrigorrezkoak dira; 4. eta 5. irizpideek, aldiz, aurreko hirurak babesten dituzte.

BIHOTZ-GUTXIEGITASUN AURRERATUA

Tratamenduaren aurrean errefraktarioa denean eta bihotz-transplantea egitea jadanik ez bada egoki, bihotz-gutxiegitasun aurreratua fase terminalean sartu dela esango dugu. Gaixotasunaren fase terminalarekin lotura duten pronostiko-faktoreak:

1. NYHA sailkapeneko IV. mailako disnea.
2. %20 baino gutxiagoko eiekzio-frakzioa
3. Diuretikoak, hodi-zabaltzaileak, eta angiotentsinaren entzima bihurtzailearen inhibitzaileak aplikatu arren, pazienteak bihotz-gutxiegitasun kongestiboaren sintomak izatea.
4. Bihotz-gutxiegitasun errefraktarioa eta arritmia kontrako tratamendua aplikatu arren bere horretan dirauten arritmia suprabentrikularrak eta bentrikularrak.

GIBELEKO GAIXOTASUN AURRERATUA: GIBELEKO ZIRROSIA

Gaixotasunaren fase terminalarekin lotura duten pronostiko-faktoreak:
Child-Pugh sailkapeneko C graduko gibel-gutxiegitasuna:

- III-IV. mailako entzefalopatia
- Aszitis masiboa
- Bilirrubina > 3 mg/dl
- Albumina < 2.8 g/dl
- Protrona-denbora, %30 baino gutxiago

Gibela transplantatzeko aukera baztertu da
Gaixoak sindrome hepatorenala baldin badu, gaixotasuna fase terminalean dela esan ohi da, ez baita tratamendu mediko eraginkorrik sindrome horrentzako.

GILTZURRUN-GUTXIEGITASUN KRONIKO AURRERATUA

Gaixotasunaren fase aurreratuan diren eta dialisia egingo ez zaien gaixoak egoera terminalean daudela joko da baldin eta baldintza hauek betetzen badira:

1. Kreatinina argitzea 10 puntu baino gutxiago eta kreatinina serikoaren kopurua 8 mg/dl baino gehiago izatea, dialisirik agindu gabe.
2. Uremiaren froga klinikoak (nahasmena, goragalea eta oka egitea, azkura gorputz osoan, eta abar)
3. Diuresia: eguneko 400 cc baino gutxiago
4. Hiperkaliemia: 7 baino handiagoa, eta tratamendua aplikatuta ez du erantzuten.
5. Perikarditis uremikoak
6. Sindrome hepatorenala
7. Ezin trata daitekeen jariakinen gehiegizko karga.

EBOLUZIO HANDIA IZAN DUTEN DEMENTZIAK ETA GARUNEKO HODIETAKO GAIXOTASUN KRONIKO AURRERATUA

Erabakiak hartzeko prozesua indibidualizatu nahi badugu, honako faktore hauek izan beharko ditugu kontuan:

1. Adina: 70 urte baino gehiago.
2. FAST (Functional Assessment Staging) : 7 c baino gehiago.
3. Narriadura kognitibo larria (MMSE: Mini-Mental State Examination < 14)
4. Erabateko menpekotasuna
5. Konplikazioak agertzea (erikortasun elkartua; errepikazko infekzioak, hala gerneru-infekzioak nola arnas-infekzioak; septizemia; antibiotikoekin tratatu arren, gaixoak sukarra izatea; eta abar).
6. Disfagia
7. Elikadura-urritasuna
8. Presioagatiko ultzera immuneak, 3. edo 4. mailakoak.

PARKINSON GAIXOTASUNA

Hoehn eta Yahr-ren eskalako 5. maila, hau da, gaixoa ezin daiteke mugitu eta ohean edo gurgil-aulkian egon behar du.

Horrez gain, beste sintoma hauek ere izan ditzake gaixotasun horrek:

1. Aurreko kognizio-narriadura
2. Bradifrenia
3. Depresioa
4. Ikusmen-haluzinazioak
5. Disfagia
6. Sintoma begetatiboak

II. ERANSKINA: GAIXOTASUNAREN FASE AURRERATUAN/ TERMINALEAN AURKITZEN DEN GAIXOAREN ETA HAREN SENITARTEKOEN BALIOESPEN INTEGRALA

ALBOKO ESKLEROSI AMIOTROFIKOA

- Gelditasun-sindromea
- Disartria
- Disfagia eta gehiegizko listu-jariatzea
- Deshidratazio- eta malnutrizio-arriskua
- Gaueko disnea
- Jariatzeak kontrolpean izateko zailtasunak
- Likidoak edo jakiak kontrako eztaeratik joatea
- Bronkio eta biriketako infekzioak
- Elikadura enterala behar izatea
- Odolik gabeko sistemaren laguntza behar izatea airea hartzeko

HIESa

Heriotza-tasarik handierari lotutako faktoreak:

1. Diagnostikoa egitean gaixoak zuen adina
2. Hasierako gaixotasun definitzailea
3. Drogak bide parenteralez hartzea

Pronostiko txarra iragar dezaketen faktoreak

1. 50/mm³ baino gutxiagoko CD4-kopurua; edo CD4-kopuru txikia denbora luzez (200/ml baino gutxiago).
2. Karga biriko plasmatikoa: 100.000 kopia/ml-ko baino gehiago, etenik gabe.

GAIXOTASUNA BALIOESTEIA

Proposatutako arreta egoki eta kalitatezkoa paziente/familia unitateak goiz jaso dezakeen ala ez zehaztu ahal izateko, gaixotasunaren balioespena egin behar da ezinbestean.

Hasiera batean, honako parametro hauek hartuko dira kontuan gaixotasuna balioestean:

- Gaixoaren aurrekariak:
 - Alergiak.
 - Aurretiazko gaixotasunak.
 - Ohitura toxikoak.
 - Aurretiazko nahasmendu psikiatrikoak.
- Gaixoak hartzen dituen eta iraganean hartzen zituen farmakoak (interakzioak edota aurretiazko albo-ondorioak; aipatu behar da, bereziki, opiazeoak hartzeagatik gaixoak albo ondorioz izan duen).
- Zer eratako gaixotasunaren fase terminalean aurkitzen den gaixoa:
 - Onkologikoa ez den gaixotasuna: diagnostikoa (data, probak), aurretiazko tratamenduak eta ondorio kaltegarriak.
 - Gaixotasun onkologikoa: diagnostikoa (data eta histologia), hasierako lokalizazioa, estadioa eta hedadura, aurretiazko tratamenduak, eta ondorio kaltegarriak.
- Erikortasun elkartua.
- Aurretiazko ospitaleratzeak.
- Biziraupen-pronostikoa: gutxi gorabeherakoa. Pazienteari eta haren senitartekoei erabakiak hartzen lagunduko diegu beti.
- Diagnostikoaren nahiz pronostikoaren ezagutza-maila; eta pazienteak ezarritako konfidentzialtasunaren muga.

BALIOESPEN FISIKOA

Seinaleak eta sintomak ebaluatzea

Seinaleak eta sintomak kuantifikatzeaz gain, bere burua zer egoeratan ikusten duen eta bere beharrak zeintzuk diren azaltzen lagundu behar diogu fase terminalean aurkitzen den gaixoari haren seinaleak eta sintomak ebaluatzen ditugunean. Horrela, profesionalak gaixoaren azterketa aktiboa egiten baldin badu ebaluazioa osatuko du, eta balioespen osatua egiteko beharrezkoak diren seinale klinikoak hautemango ditu.

Pazientea bera da sintomak ebaluatzeko modurik onena. Zainketa aringarrietan, "urrezko eredutzat" hartzen da pazientearen ikuspuntu subjektiboa. Zenbaitetan, hala ere, gaixoa ez da gai izango era horretako balioespenik egiteko. Horrelakoetan, pazientearen sintomari buruz beste pertsona batzuek (hots, profesionalek edota gaixoaren senitartekoei) zer iritzi duten kontuan hartuko dugu.

Sintomak kontrolatzeko orduan, beraz, honako hauek egingo dituzte zainketa aringarrietako arduradunek:

- Pazienteak dauzkan sintomen kopurua eta haien intentsitatea sakontasunez aztertzea.
- Sintoma bakoitza zer mekanismok sortzen duen aztertzea.
- Pazientearen bizi-kalitatearen gain sintomak zer eragin duen aztertzea.
- Sintoma bakoitza zer faktorek sortu edo handitu duen erabakitzea.

1. Mina

Zainketa aringarriak balioesteko orduan, sintoma paradigmaticoa da mina. Garrantzi handiko sintoma denez, ikerketa asko egin dira minaren hainbat alderdiri buruz: minaren intentsitatea, min-motak, zer faktorek areagotzen duten mina, minaren ondorioak, eta abar. Gainerako beste sintoma guztietan ere azter daitezke alderdi horiek guztiak.

Paziente terminalaren mina modu osatuan ebaluatzeko, honako galdera hauei erantzun beharko diegu:

- Minaren etiologia.
- Minaren mota eta kalitatea (nozizeptiboa, neuropatikoa eta mistoa).
- Minaren eredia:
 - Hasiera.
 - Lokalizazioa eta irradiazioa.
 - Mina sortu duten faktoreak eta modulatzailer negatiboak.
 - Denborazko sekuentzia.
 - Minaren intentsitatea, egoera normalean nahiz krisialdian.
- Bizi-kalitatearen gain minak zer eragin duen.
- Aurretiazko tratamenduen aurrean izandako erantzuna.
- Minaren pronostikoa egitea.

Hainbat tresna erabil daitezke minaren intentsitatea ebaluatzeko. Gaur egun, mina neurtzeko tresna guztietatik honako hauek erabiltzen dira gehien: ikusmeneskala analogikoa; ikusmeneskala numerikoa; eta ahozko eskala kategorikoa. Azken hori aplikatzen errazagoa da aurreko beste biak baino. Aipatutakoez gain, badira min zaila neurtzeko eskala espezifikoak, adibidez, "minbiziak sortutako mina neurtzeko Edmonton-en eskala berrikusia".

2. Beste sintoma batzuk

Praktikoena izango da gainerako beste sintoma guztiak hainbat multzoan banatzea:

- Sintoma orokorrak: pisua galtzea, astenia, anorexia, diaforesia, sukarra, egarria, azkura gorputz osoan, eta abar.
- Sintoma neuropsikologikoak: narriatze kognitiboaren sintomak, delirium sintomak, konbultsioak, miokloniak, ahulezia, insomnioa, depresioa, antsietatea, eta beste.
- Sintoma gastrointestinalak: dispepsia, zotina, meteorismoa, xerostomia, betetasun abdominala, goragalea, oka egitea, idorria, beherakoa, piroxia, disfagia, eta beste.
- Arnas-sintomak: disnea, eztula, hemoptisia, estertoreak, eta beste.
- Gernu-sintomak: hematuria, disuria, tenesmoa, poliuria, nikturia, gernu-inkontinentzia, gernu-erretentzioa, eta beste.

Minbizidun pazienteetan erabil daitezkeen hainbat tresna diseinatu dira sintoma horiek eta beste batzuk ebaluatzeko. Tresna horietan azpimarragarrienak dira, besteak beste, Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) sistema eta Support Team Assessment Schedule (STAS) eredia.

Minbizi ez duten pazienteetan sintomak balioesteko eskalarik ez denez, minaren intentsitatea neurtzeko eskalak erabiltzen dira hainbat sintomen intentsitatea neurtzeko. Lehen aipatu dugun moduan, beraz, honako eskala hauek erabiltzen dira minaren intentsitatea neurtzeko: **ikusmen-eskala analogikoa; ahozko eskala kategorikoa; eta ikusmen-eskala numerikoa.**

Ibilian-ibilian egiaztatu ahal izan dugu, badirela haien artean nolabaiteko lotura duten hainbat sintoma. Horrela, sintoma horietako bat agertzen denean probabilitate handia dago hari lotutako beste sintoma batzuk ere agertzeko. Era berean, sintoma horietako bat arinduz gero hari lotutako beste sintomen intentsitatea murriztu daiteke. Gaur egun sintoma horien multzoari konglomeratu edo cluster esaten zaie. Sintomen multzo horiek, bidenabar, gaixoen hainbat azpitalderen profila dira. Azken azterlanen arabera, pazienteak eta haren arazoak hobeto ulertzen lagun diezagukete sintomen konglomeratu edo asoziazio naturalek. Ezaugarri horiek kontuan hartuko dira bai elkarrizketa egin bitartean pazienteak ebaluatzeko orduan, baita pazientearen farmakoak agintzeko orduan ere, talde bereko hainbat sintoma arindu baitezake farmako berak.

3. Ebaluazio funtzionala

Gaixoaren gaitasun funtzionala ebaluatzeak balio du, batez ere, tratamendua aukeratzeko laguntzeko eta biziraupena neurtzeko.

Paziente onkologikoen funtzionalitatea neurtzeko eskala nagusiak Karnofsky eta ECOG eskalak dira. Paziente geriatrikoren funtzionalitatea neurtzeko, berriz, Barthel, Katz eta Lawton, eta Brody eskalak erabiltzen dira gehien. Azken urteotan, zainketa aringarrien eskala funtzionalak sortu dira: Palliative Performance Scale (PPS) eskala eta Edmonton eskala funtzionala (EFAT).

BALIOESPEN PSIKOEMOZIONALA

Gaixotasunaren fase terminalean aurkitzen diren pazienteak erraz har dezakete mina, ahul eta nekatuta egon baitaitezke, eta zailtasunak baitituzte ahoz komunikatzeko. Ebaluazio psikologikoa egitean, tresna soilak, laburrak, ulerterrazak erabiltzea da onena, baita elementu terapeutiko gisa enpatiazko hartu-emanak baliatzea ere.

Behar emozionalak hautemateko egin behar diren ekintzak hiru bloketan bana daitezke:

1. Gaixoa emozionalki ondoezik den aztertzea, eta gaixoak bere ezinegona nola balioesten duen nahiz hura zerekin lotzen duen jakitea.
2. Gaixoak egoerari egokitzea zailtzen dioten erreakzio emozionalak dituela erakusten duten ezaugarriak aztertzea.
3. Depresio- edota antsietate-seinale espezifikorik agertu den aztertzea.

1. Ezinegon emozionalaren seinaleak hautematea

Pazienteen eta haien senitartekoen erreakzio emozionalak baldintzatuko dituzte adaptazio-prozesuak nahiz etengabeko aldaketen eragin emozionalak. Beraz, pazienteen behar emozionalak estaltzea xede eta ezinegon emozionalaren seinaleak hautemateko asmoz, gaixoaren gogo-aldarteari, kezkei eta interesei buruzko galdera ireki nahiz zuzenak egin ditzake taldeak:

- Zerbaitek kezkatzen al zaitu?
- Animoz, zer moduz zaude?
- Azken egunotan aldaketarik izan al duzu gogo-aldartean?

Zainketa aringarrietako pazienteek era honetako erantzunak izan edo emozioak ager ditzakete: antsietatea, tristura, kontraktasuna, uzurtasuna, beldurra, ukazioa, eta abar.

Espezifikoki ebalua daitezke, baita ere, honako area hauek:

- gaixotasunaren esanahia
- informazioa eta komunikazioa
- diagnostikoaren eta pronostikoaren inpaktua
- moldatze-prozesua
- gaixotasunari aurre egiteko modua
- estresa eragiten duten faktoreak
- aurrekari psikologikoak eta asaldura psikopatologikoak

2. Gaixoak egoerari egokitzea zailtzen dioten erreakzio emozionalak dituela erakusten duten ezaugarriak aztertzea.

Pazientearen erantzun emozionalak eta egoerari aurre egiteko estrategiak ez dira, berez, normalak ala patologikoak; egoerara egokitzeko baliagarriak ala ez baliagarriak baizik. Aztertu behar dugu, beraz, erantzun emozionalak eta estrategiak lagungarri ote zaizkion pazienteari bizi duen egoerari aurre egiteko. Zenbaitetan, pazienteak ez du egoerari aurre egiteko beharrezkoa den jarrera egokia izaten eta haren jarrerak gaixotasunera moldatzeko prozesua zailtzen du.

Jarrera ez baliagarrien ezaugarriak:

- Gaixoak ezinegona du, ez du bere burua gai ikusten edota arazo bat duela uste du.
- Iraupena: astebete baino gehiago.
- Intentsitate handia
- Ez da harekin lotura duen estimulurik edo suspertzailerik. Gaixoak adierazten duen emozioa ez du loturarik ustez emozioa sortu duen zioarekin.
- Eragin handia du ohiko jokabidearen gain.
- Beste erantzun terapeutiko batzuk blokeatzen ditu.
- Bere bizi-egoerari buruzko informazioa izatean, pazienteak ezin du erabakirik hartu ezta bere etorkizuna planifikatu ere.
- Gaixoak zaintzekin bat egiteko prozesua kinka larrian jartzen du jarrera moldakaitzak.
- Eragin negatibo nabarmena du hirugarrenen gain.
- Garrantzi handiko auzi praktikoa nahiz emozionalak amaitzeke geratzen dira.

3. Depresio- edota antsietate-seinale espezifikorik agertu den aztertzea.

Egoera horretan aurkitzen diren paziente gehienek ez dituzte buruko nahasmendu jakin bat diagnostikatzeko ezaugarriak betetzen. Hainbat psikopatologia-multzotan sailka daitezke pazienteen nahasmendu mentalak; hasi moldakortasun arruntean -DMS sistemako IV. ataleko moldakortasuna nahasmenduak barne-, eta buka buruko nahasmendua diagnostikatzeko ezaugarri guztiak dauzkaten sindromeetan.

Hainbat antsietate-mota ager daitezke, eta horiek guztiak artatu behar ditugu.

1. Antsietate erreaktiboa:

- a. Moldakortasun-nahasmendua eta antsietatea.
- b. Ezaugarri mistoak dituen moldakortasun-nahasmendua (antsietatezkoa/depresiboa).

2. Aurretiazko antsietate-nahasmenduak:

- a. Paniko-krisialdiak.
- b. Fobiak.
- c. Antsietate orokortuak eragindako nahasmendua.
- d. Estres postraumatikoagatik sortutako nahasmendua.

3. Konplikazio medikoekin lotura duen antsietatea:

- a. Kontrolatu gabeko mina.
- b. Kausa metabolikoak (hipoxia, hipertiroidismoa).
- c. Farmakoen albo-ondorioak (teofilina, agonistak beta2, ISRS, kortikoideak, anfetaminak).
- d. Abstinentsia-sindromeak (nikotina, alkohola, farmakoak).
- e. Hormonak sortzen dituzten tumoreak.

Hasiera batean, *screening* galderak eginez jakin dezakegu gaixoa triste dagoen edo antsietaterik duen:

- Triste al zaude?
- Nerbioz edo urduri al zaude?
- Deprimeturik al zaude?

Gaixoak depresioa duen aztertzeke orduan, kontuan izan behar dugu sintoma somatikoek (anorexiak, nekeziak, insomnioak, argaltzeak) ez dutela balio gaixo terminalen egoera diagnostikatzeko. Hori dela eta, depresioaren adierazle psikologikoei erreparatu beharko diegu:

- Gaixoak bere burua gai ez ikustea.
- Errudun sentitzea.
- anhedonia sakona.
- Hil nahi izatea.
- Desesperazioa.
- bere buruaz beste egin nahi izatea.

BALIOESPEN SOZIOFAMILIARRA

Zainketa aringarrien funtsezko helburua da paziente/familia unitatea. Hori dela eta, senitartekoen beharrak nahiz behar sozialak estali beharko ditugu ezinbestean; bereziki, gaixoaren zaintzaile nagusiarenak edo nagusienak. Baliabideen iturri nagusia da familia. Gaixotasunak sortzen dion sufrimendu guztiari aurre egiteko laguntza emozional eta soziala eskaintzen diote senitartekoez pazienteari.

Modu jarraituan aztertu beharra dago gaixoaren egoera soziofamiliarra; baita paziente hil ondoren ere. Alderdi soziofamiliarra aztertzean, beraz, honako alderdi hauei erreparatuko diegu:

1. Senitartekoen balioespen espezifikoa

Pazientearen baliabide-iturri nagusi badira ere, hainbat kalte hartzen dituzte gaixoaren senitartekoez: gaixotasunaren eragina pairatzen dute, familiako kide bat galduko dutela dakite, isolaturik egoten dira, eta abar.

Familia balioestean, beraz, honako alderdi hauek azter ditzakegu:

- Familiaren egitura: familiako nukleoa osatzen duten kideak eta haren ingurukoak: lagunak, bizilagunak, eta abar.
- Familiaren funtzionamendua: genogramaren bidez, familiaren bizi-zikloa zer unetan den zehaztu. Familian gatazkarik dagoen eta haren kausak. Senitartekoen sinesmen nahiz balio pertsonalak, sozialak eta kulturalak.
- Gaixotasunari buruz senitartekoez dituzten itxaropenak. Honako galdera hauek egitea aholkatzen dugu:
 - Pentsatu al duzue gaixoa nola zainduko duzuen?
 - Zer eratako zainketak egingo ditu senitarteko bakoitzak?
 - Ba al dakizue pazienteak zer nahi duen?
 - Non nahi duzue pazienteak hiltzea?
 - Gisa honetako esperientziarik izan al duzue aurretiaz? Zer eragin izan du zuen gain?
- Rolak ezagutzea: Senitartekoez zer egiteko duten jakin behar dugu. Jakin behar dugu, bereziki, nor izango den zaintzaile nagusia, bigarren zaintzaileak eta aholkulariak. Ez ditugu ahaztu behar, ezta ere, kalte gehien har dezaketen senitartekoak, bereziki, haurrak, edadeko pertsonak eta urrun bizi diren senitarteko hurkoak. Komenigarria litzateke familian bozeramale bat egotea, hau da, pazientearen egoera klinikoari buruzko informazioa jasoko duena eta besteei helaraziko diena.
- Informazio-maila: jakin behar dugu, ezinbestean, zer neurritara arte nahi duen pazienteak informazioa partekatu; zer senitartekoz ezagutzen duten gaixotasunaren benetako diagnostikoa; eta gaixoari ezer ez esatea erabaki duten.

Gaixoa jakinaren gainean ez egotea erabaki baldin bada, honako hauek zaintzea gomendatzen dugu:

- Familiaren beldurrak eta antsietateak ulertzea eta kontrolatzea.
- Konfiantzazko harremana izatea pazientearekin.
- Pazientearen beharrak asetzea eta, hala nahi baldin badu, informazioa ematea.
- Profesionalaren, pazientearen eta senitartekoen artean inkomunikaziorik egon dadila saihestea.
- Itxaropenaren eta jasateko moduko errealitatearen arteko oreka zaintzea.
- Pazientearen eta haren senitartekoen nahiz hurkoen arteko harremana bideratu, elkarri laguntza eskain diezaioten.

- Ebazteke dauden gaiak konpontzen lagundu.
- Ongizate emozionala sustatu.

- Familiako bizitzaren gain gaixotasunak duen eragina eta gaixotasunak sortutako estresaren maila.
- Familiakoek amore ematen baldin badute, honako hauek egingo ditugu:
 - Profesionalek familia moralki epai dezatela saihestu. Izan ere, ez baitakigu zer harreman izan diren familian eta zer neurritara arte eutsi dezaketen senitartekoez.
 - Zaintzaileak amore eman duen jakin. Hori gertatuz gero, beharrezkoak diren dispositiboak aktibatuko ditugu, familiakoek atseden har dezaten.
 - Baliabide material edo giza baliabideak mugiarazteko beharra hautematen badugu, gizarte zerbitzuekin jarriko gara harremanean.
- Dolu patologikoa den jakitea eta hari aurrea hartzea.

2. Zaintzaile nagusiaren edo nagusien balioespena

Zaintzaile nagusiak balioestean, honako alderdi hauek aztertuko ditugu: ahaidetasuna; adina; behar fisikoak, psikoemozionalak eta espiritualak; baliabide ekonomikoak; amore emateko arriskua; zaintzailearen ahalmenaren indizea; jakintzak; trebetasunak; eta gaixoa nahiz norberaren burua zaintzeko gaitasuna. (Zarit eskala)

3. Baliabide soziosanitarioen balioespena

- Gizarteari buruz pazienteak nahiz senitartekoez egun dauzkaten kezak.
- Gizarte-laguntzaren eta -babesaren sarea: lagunak, bizilagunak, eta abar.
- Gizarte-baliabideak: egoitzak, senitartekoez atseden hartzeko unitateak, eguneko zentroak, boluntarioak, GKEk, eta abar...
- Material ortoprotesikoaren beharra.
- Baliabide ekonomikoak, gastuak, eta abar.
- Gizarte-jarduera: ohiturak, dibertimenduak, zaletasunak.
- Ingurunea: bizigarritasuna, segurtasuna, erosotasuna, pribatutasuna, intimitatea.
- Legezko alderdien balioespena: Aurretiazko Borondateen Erregistroa, testamentua, ahalordeak, eta abar.

BALIOESPEN ESPIRITUALA

Psikologikoak, fisiologikoak edo existentzialak izan daitezke behar espiritualak. Zainketa aringarrien alorrean edozer interpretazio gauzatuko dugula ere, argi izan behar dugu bizitzaren, heriotzaren eta sufrimenduaren esanahiak garrantzi handia duela. Zentzumenetatik haragoko bizipenekin lotura du kontzeptu horien esanahiak eta, horregatik, sentiberatasunez tratatu behar dira. Halaxe baieztatu du OMEk. Alderdi horiek zaintzen ez baditugu, gaixoak sufritu dezake. Zentzu zabalean definitu ditu C. Jomain-ek behar espiritualak: *sinestun izan ala ez, espirituaren hazkuntza, funtsezko egia, itxaropena, bizitzaren eta heriotzaren zentzua bilatzeko pertsona orok duen beharra edota, bizitzaren amaieran egonda ere, mezu bat transmititu nahi dutenak.*

Mintzagai dugun alorra balioesteko orduan, pertsona bakoitzaren sinesteekiko errespetuan oinarritutako eta, pazienteak hala nahi baldin badu, gogoeta pertsonala egiteko bide emango duten komunikazio-estrategiak erabili beharko ditugu.

Kontsultatu ditugun liburuetan adierazitakoaren arabera, honako hauek dira behar espiritual nagusiak:

- Pertsona moduan aitortua izateko beharra. Norberaren integritatea hausten du gaixotasunak. Horrez gain, osasun-egituren pertsonalizaziorik ezak identitategalera sortzen dute, eta isolamendu- nahiz alferrikakotasun-sentsazioa sustatu gaixoaren baitan. Pertsona gisa har dezatela behar du gaixoak, bere izenaz dei dezatela, kezka eta zalantzak argi diezazkiotela, estimuz nahiz baldintzarik gabe begira dezatela, eta erabakiak hartzeko orduan kontuan har dezatela.
- Bizitza gogora ekartzeko beharra. Ia beti, haustura biografikoa eragiten dute gaixotasunak eta heriotza gertu izateak. Baliteke iraganeko une positiboak gogora ekartzeko beharra izatea pazienteak. Bizitza-zikloa baretasunez eta harmoniaz ixten lagun dakioke ariketa horrek gaixoari.
- Adiskidetzeko beharra. Zenbaitetan, gaixotasunak eragindako haustura zigortzat hartzen du pazienteak. Hala izanez gero, gaixoa adiskidetu behar da eta gaiak ordenan jarri behar ditu agur esan ahal izateko.
- Maitasun-harremanaren beharra. Gizakiok, berez, maitatzeko eta maitatua sentitzeko beharra dugu. Gaixotasunak, beraz, behar hori ezagutzen lagun gaitzake.
- Jarraitutasunaren beharra. Bere ziklo biografikoan iragana eta oraina bateratzeko eta horien arteko jarraitutasuna aurkitzeko beharra du gaixoak. Kausa, ideia, enpresa, ondorengoak, eta abarrekin egon daiteke lotuta jarraitutasuna.
- Bizitzaren eta haren gorabeheren zentzua aurkitzeko beharra. Heriotza gertu dugularik, bizitzaren esanahia bilatu ohi dugu gizakiok.
- Itxaropen ustelen ordeztu benetako itxaropena sentitzeko beharra. Itxaropenen bila, hil herioan diren gaixoei iraganera begiratu ohi dute: beren bizitza aztertu, ziklo biografikoaren jarraitutasuna, baketzea, eta abar. Orainean, berriz, bizi-kalitate hobea izaten lagunduko diguten gertuko helburuak betetzean jar dezakegu arreta. Etorkizunari begira, nahiek eta sinesteek osatzen dute itxaropena.
- Norberaren bizitza eta historia heriotzatik harago proiektatzeko beharra. Hau da, heriotzaren ondoren datorrenari buruz pentsatzen dugunean, pertsona baten bizitzari eta pertsona horrek gizatasunari utzi diona izan dezakegu gogoan (transzendentzia horizontala) edota heriotzaren ondoko bizitzan (transzendentzia bertikala).
- Sentimendu eta bizipen erlijiosoak adierazteko beharra. Gaixo terminalaren ideologia edo sinestea edozein delarik ere, sentiberatasunez jokatu behar dugu sentimendu erlijiosoak adierazteko haren beharrekiko. Horrela, gai horretaz arduratzen den pertsonarekin jarriko dugu harremanean gaixoa.

Esan gabe doa hainbat eskala erabilita balioets daitezkeela behar horiek guztiak.

SUFIRMENDUA ETA BIZI-KALITATEAREN BALIOESPENA

Egoera kognitibo zein afektibo konplexu eta negatiboa da sufrimendua. Gaixoei sufritu egiten dute, batez ere, mehatxupean ikusten dutelako beren integritatea; mehatxu horri aurre egin ezin diezaioketela sentitzen dutelako; eta mehatxu horri aurre egiteko baliabide pertsonal nahiz psikosozialak agortu egin direlako. Alegia, mehatxua hautematearen eta hari aurre egiteko baliabideak izatearen arteko balantzea litzateke sufrimendua.

Minaren kontzeptuarekin lotu daiteke sufrimendua. Horrela, minarekin gertatu bezala, hainbat faktorek osatzen dute sufrimendua: faktore fisikoak, emozionalak, soziofamiliarak eta espiritualak.

Gerta daiteke egoerari aurre egiteko gai ez izatea gaixoa, eta egoera aldatzeko ezer ezin dezakeela egin pentsatzea (babesgabatasun-egoera). Egoera horretan, pazienteak sufririko du; nahi ez dugun moduan eboluziona dezake gaixotasunak; hiltzeko arrisku are handiagoa izan dezake gaixoak; eta lehenago hil daiteke. Autore askok bat datoz aipatu berri dugun uste horretan.

Honako estrategia hauek proposatuko ditugu sufrimendua arintzeko (M.A. Lacasta):

- Pazienteak mehatxuzkotzat jotzen dituen sintomak hautematea haren bizitzako une bakoitzean eta, horiek murriztu eta ezabatzeko asmoz, sintoma horiek pazientearentzat duten esanahia aztertzea.
- Pazientearen berezko baliabideak ebaluatzea eta bultzatzea, bere bizitzaren gaineko kontrola izan dezan.
- Bizitzaren esanahia edo zentzua bilatzen laguntzea (bizitzari eusten lagunduko dion arazoirentzat bilatzea; aldeztu aurretik balioesten ez zuen zerbait aurrerantzean balioestea; egiteko dituen gauzak egitea).
- Eskatutako laguntza espirituala eskaintzea; betiere, paziente bakoitzaren sinesteak errespetatuz. Pazienteari arreta integrala eskaintzean ez dugu dimentsio espiritualarekin ahaztu behar.
- Diagnostikoari, itxarote-denborei, aldaketei, aukeran diren tratamenduei eta esku hartzei buruzko informazioa egoki ematea pazientei.
- Laguntza soziofamiliarra eta komunikazioa sustatzea.

Eguneroko jardunean, honako tresna hauek erabil ditzakegu sufrimenduaren maila neurtzeko:

- Termometro klinikoa (0 eta 10 bitartean non 10 sufrimendu-mailarik handiena den; 5 eta 6 bitarte, erdiko sufrimendua; eta 0, sufrimendurik eza).
- Denboraren iragaitzari buruzko ustea (Bayés). Gaixorik dagoen pertsona batek denbora luzatu egiten dala uste baldin bada, gaizki dagoen seinale. Aitzitik, denbora azkar igarotzen dela uste baldin bada, gaixoa ondo dagoen seinale izaten da.
- Sufrimendua hautemateko eta arintzeko Gonzalez Baron, Lacasta eta Ordoñez-en instrumentua.
- Palliative Care Outcome Scale (POS) eskala, espainieraz baliozkotua.

OMEk, esaterako, honela definitu du **bizi-kalitatea**: "bizitzan, kulturen eta bizi den tokiko balio-sisteman pertsona batek bere ustez duen tokia; bere helburuak, itxaropenak, arauak eta kezka kontuan harturik. Oso kontzeptu zabala da, eta hainbat faktorek eragina dute haren gain, adibidez: subjektuaren osasun fisikoak; egoera psikologikoak; independentzia-mailak; harreman sozialek; eta inguruko funtsezko elementuekin duen harremanak".

Oro har, honela defini dezakegu bizi-kalitatea: baldintza duinetan bizitzeari buruz norbanakoek duten uste subjektiboa. Hau da, pertsonaren itxaropenak eta beretzat nahi dituen maximoak dira bizi-kalitatea. Horrela, gaixotasunak aurrera egiten duen neurrian, bizi-kalitatea murriztu daiteke.

Gaur egun, bada bizi-kalitatea orokorrean definitu duen pentsamendu-korronte bat. Korronte horrek, beraz, "bizi modu autonomoa, solidarioa eta alaiarekin lotzen du bizi-kalitatea, nork bere burua gauzatu ahal lortzen dena":

AUTONOMOA: Autonomia lortzen dugunean, bizimodu osasuntsua dugu. Bizi osasuntsua dugu, baita ere, gaixo egon ala ez, ahalik eta muga gutxien dugunean eta, ahal den neurrian, gure buruaren jabe oso garenean; hau da, informazioa eta horretarako aukera izanik, libreki aukeratzeko gai garenean. Gaixotasuna sendatzean izan gaitezke autonomo edo, gaixotasunak horretarako aukera ematen digun heinean, beste eremu batzuetan gure burua gauzatu dugulako.

SOLIDARIOA: Elkarren mendeko gara guztiok. Hori dela eta, nekez gauza dezakegu gure burua besteek berea gauzatu duten kontuan izan gabe. Autonomia terminoak gorputz-osasunean nola, halako garrantzi handia dute autonomiak eta elkartasunak osasunaren kontzeptuan; alegia, gizarteko pertsona bakar baten osasunaren kontzeptuan.

ALAIA: Azaleko sentsazioa da **ongizatea**; anbiguotasunez betea. **Ondo** izanak, berriz, barru-barruko poztasunarekin du zerikusia; alegia, errealitatearekin harreman ona izatean pertsonak bizi duen poztasunarekin.

Alde batetik, barne-errealitatea legoke. Barne-errealitatearen barruan sartzen dira, esaterako, pertsonak bere buruaz duen irudia, bizitzaren zentzuari buruz duena, iraganari buruzkoa, etorkizunari buruzkoa, frustrazioari buruzkoa, nor bere burua gauzatzeari buruzkoa, eta abar. Bestetik, kanpoko errealitatea legoke: gizartea, natura, eta abar.

Beraz, osasuntsu izan gaitezen, harreman positiboa izan behar dugu bai gure buruarekin baita inguruko gizaki nahiz naturarekin ere. Gure gizartea oker dabil, soilik kanpo-seinaleak kontuan hartuta (itxura, minusbaliotasuna, eta abar) neurtzen bizikalitatea; izaki bizidunen gainerako beste dimentsio guztiak kontuan hartu gabe.

Bizi-kalitatea bera definitzea oso zaila denez, zaila izaten da, baita ere, gai hori jorratzea. Osasunarekin lotura duten faktoreak aztertzearen ondorioz, eskala konplexuak sortu dira, baita gero eta espezializatuagoa den bibliografia ugaria ere.

AZKEN EGUNETAKO EGOERAREN BALIOESPENA

Konplikazio akutu baten eraginez hiltzen ez badira, paziente terminal gehienek hainbat aldaketa bizi dituzte hil aurreko azken egunetan. Aldaketa horiek guztiak agoniaren definizioan bil ditzakegu. Eguneroko jardunean, nahiago dugu "azken egunetako fasea" terminoa erabili, denboran gertatutako prozesua ekartzen baitigu gogora.

Zenbait gaixotasunetan, poliki-poliki itzaltzen da bizitza. Beraz, **agonia** edo **azken egunetako fasea** esaten zaio, hain zuzen, era horretako gaixotasun bat duen pazienteak hil aurretik bizi duen faseari. Eboluzioa progresiboa izan ohi da eta, prozesua amaitzean, gaixoa hil egiten da. Normalean, astebete baino gutxiago irauten du prozesu horrek. Hala ere, gaixoaren kontzientzia-maila murriztu egin bada edo kontzientzia galdu egin baldin badu, prozesuak hiru egun baino gutxiagoko iraupena izan ohi du.

Fasearen ezaugarriak

Pazientea agonia edo azken egunetako fasean dela, hainbat sintoma edo seinale fisiko nahiz emozional ageri dira elkarren segidan; eta gero eta okerragoak izaten dira. Beraz, agonian edo azken egunetako faseak honako ezaugarri hauek dauzka:

• **Ezaugarri fisikoak.** Agonia fasearen hasieran, gaixoa ahul egoten da eta ohean etzanda. Horrez gain, lehen baino elikagai gutxiago hartzen du ahotik, edo ez du batere hartzen.

Azken egunetan, honako hauek gertatu izaten dira:

1. Sintoma berriak agertzen dira, edo aurrekoek okerrera egiten dute.
2. Gaixoak muskulu-tonua galtzen du.
3. Kontzientzia-maila gorabeheratsua.
4. Aldaketak bizi-zeinuetan
5. Aldaketak odol-zirkulazioan
6. Zentzumenak kaltetzen dira
7. Estertoreak agertzen dira

• **Ezaugarri emozionalak.** Gertuko nahiz berehala gertatuko den heriotzaren aurrean, albo-erreakzioak izan ditzakete pazienteek, senitartekoei, nahiz talde terapeutikoko kideek: etsipena, isiltasuna, asaldura-krisialdiak, antsietatea, frustrazioa, nekezia, ezintasuna, amorrua, eta abar. Estres horretan, baliteke senitartekoei arreta nahiz laguntza handia eskatzea; gaixoa etxean hiltzearen beldur, hura ospitaleratzea eskatzea; oso errealistak ez diren aldarrikapen terapeutikoak egitea; eta abar.

Aholku praktikoak

Honako irtenbide praktiko hauek izango ditugu:

1. Helburu berriak ezar ditzakegu, adibidez, paziente ahalik eta erosoan egon dadila. Hori egitean, sintomak kontrolatzeko jardueri emango diegu lehentasuna.
2. Pazientearen zaintzak areagotu ditzakegu.
3. Hainbat argibide zehatz eman diezazkiekegu senitartekoei, adibidez: pazienteari eman beharreko farmakoei buruz; sarrien izaten diren arazoei buruz; eta arazo horren aurrean jarduteko moduari buruz.
4. Farmakoak berrazter ditzakegu eta berehala erabilgarriak ez diren medikamentuak baztertu. Pazientea aurretiaz opioide indartsuak hartzen ari bazen, bere horretan utz ditzakegu, gaixoak gabetasun-sindromea izan ez dezan.
5. Farmakoak ahotik hartzeko zailtasunak izan ditzakeenez, horiek emateko bidea alda dezakegu. Larrazalpetik edota zain-barnetik emango dizkiegu farmakoak horiek ahotik ezin har ditzaketen pazienteei.
6. Gaixoa ahalik eta erosoan eta lasaien egongo dela bermatzeko neurri fisikoak eta ambientalak ezarriko ditugu.
7. Zenbaitetan, pazientearen sufrimendua murrizteko asmoz, haren kontzientzia-maila jaitsiko dugu farmakoak erabiliz (sedazioa agonia-fasean). Hori egin aurretik, gure asmoaren berri eman beharko diegu pazienteari eta hark baimena eman beharko du. Pazienteak ezin baldin badu edo ez baldin badu nahi erabakirik hartu, senitartekoei galdetuko diegu ea antzeko egoeratan pazienteak zer nahi zuen. Horrelakoetan, senitartekoei eman beharko digute jarduteko baimena.
8. Pazientearekin harremanean egongo gara. Modu arruntean hitz egingo diegu, eta kontaktu fisiko handia izango dugu harekin. Hitzik gabeko komunikazioa oso garrantzitsua dela gogoratuko diegu senitartekoei. Horrela, hitzik gabeko komunikazioaz gain, fase honetan sustatuko dugu, baita ere, pertzepzioak jasotzeko pazienteak duen gaitasuna.

9. Gertatzen ari den guztiari buruzko informazioa emango diogu senitartekoei.
10. Gaixoaren eta haren senitartekoen behar espiritualak kontuan izango ditugu, eta haiek behar duten pertsonarekin harremanean jarriko ditugu.
11. Gaixoa hiltzen denerako aholku praktikoak emango dizkiegu.
12. Pazientearen eta haren familiaren egoeraren berri emango diegu lantaldeko gainerako kideei. Historia klinikoan jasoko ditugu gertatutakoak.

Agonia edota azken egunetako fasea oso dinamikoa izan ohi da. Heriotza zenbat eta gertuago egon orduan eta aldakorragoa izaten da egoera. Hori dela eta, puntualki balioetsi eta maiztasun handiz berraztertuko dugu paziente/familia unitatea.

Gizabanakoaren behar guztiak modu integralean aztertu behar ditugu gaixoa azken egunetan denean:

- Pazientearen behar fisikoak balioetsiko ditugu, sintomak kontrolpean izan eta zainketa-plana ezartzeko. Oro har, honako sintoma eta zainketa-areak izan beharko ditugu kontuan: pazientearen azala, ahoa nahiz ezpainak zainduko ditugu, eta honako hauek dituen ikusi: mina, goragalea/gonbitoak, mikloniak/konbultsioak, asaldatze psiko-motorea/delirium hiperaktiboa, disnea, sukarra, hemorragia eta estertoreak.
- Behar psikologikoak aztertuko ditugu, informaziotik eta laguntza harremanetik.
- Behar espiritualak aztertuko ditugu. Fase honetan, berealdiko garrantzia dute espiritualtasunari buruz pazienteak dituen sinesteek eta ideiek.
- Behar familiarrak eta sozialak aztertuko ditugu, bai eta krisiei aurrea hartzen saiatu ere. Gaixoaren senitartekoak zainduko ditugu, fase honek haien gain duen inpaktu emozionalak eragina izan dezake pazientearen eta haren zainketa gain. Behar horiek aztertzean ezin gara haurrekin eta edadeko pertsonekin ahaztu; haiek dira guztietan ahulenak eta ez zaie, normalean, informazioa ematen.
- Azken egunetan dela pazienteak ez baldin bada gai bere bizi-borondateak adierazteko, aurretiaz horrelakorik adierazi duen aztertuko dugu.

Fase horretan, gaixoaren egoera balioesteko eskala izan behar dugu biziraupen-denbora neurtu ahal izateko.

Honako seinale kliniko hauek puntuatu beharko genituzke (Menten 2004):

1. Sudur hotza edo zurbila.
2. Gorputz-adar hotzak.
3. Zurbiltasuna.
4. Ezpain zianotikoak.
5. Agonia-estertoreak.
6. Apnea-etenaldiak (minutuko 15 segundo baino luzeagoak)
7. Anuria (300 cc baino gutxiago 24 orduan)
8. Logura (15 ordu baino gehiago 24 orduan)

Seinale horiek kontuan harturik: seinale horietatik 1 eta 3 artean dituen pazienteak **agoniaren aurreko fasean** aurkitzen da; 4 eta 8 artean dituenak, berriz, **agonia-fasean** dago. Fase horretan aurkitzen diren gaixoen %90 lau egunen barruan hil ohi dira. Hala eta guztiz ere, pazienteen %8 inguru "bat-batean" hiltzen dira.

Heriotza gertu izateak sortzen duen sufrimendua ezin da modu integral edo osoan landu. Edonola ere, pazienteak izaten dituen behar ugariak estaltzearen bidez sufrimendu horren zati bat arin dezakegu. Heriotza gertu izateak eragiten duen sufrimendua hainbat dimentsiotan nabari da. Dimensio horietako batzuetan sufrimendua arintzen badugu, baliteke gaixoaren sufrimendu orokorra arintzea eta bakean hiltzeko aukera izatea.

DOLUAREN BALIOESPENA

Maite dugun pertsona bat hiltzen denean izan ohi dugun egokitze-erreakzioa da dolua. Egoera hori gaintu izaten dugu gehienetan. Gertakari horrek estresa sortzen du maiz eta, hargatik, pertsona gehienek sufritu egiten dute. Dolua modu osasuntsuan igarotzeak helduago eta indartsuago izaten lagun gaitzake. Gutxi batzuetan, hala ere, prozesua konplikatu daiteke eta, zenbaitetan, dolua bizi duen pertsonaren osasun fisikoa, mentala edo biak asalda daitezke.

Gizartean, bestetik, esanahi sakona du doluak, eta kultura batetik bestera asko aldatzen da hura adierazteko modua. Azken hamarkadetan errotik aldatu da gure gizartea, baita mina nahiz dolua adierazteko moduak ere. Horregatik, pertsona hurkoa galdu duena bakarrik sentitzen da lehen baino gehiago, eta ingurukoek lehen baino gutxiago babesten dutela sentitzen du.

Dolua artatzeko orduan, honako helburu orokor hauek bete ditzakegu:

- Ahalik eta modurik osasungarri eta naturalenean dolua bizitzen laguntzea.
- Dolu konplexuak goiz hautematea.

Dolua balioesteko orduan, garrantzi handiko hiru une egon daitezke:

1. Dolu patologikoa prebenitzeko asmoz, familiarekin **harremanean egoten hastea**.

Dolua eboluzioa txarra izateko aukerak handitzen dituzte honako faktore hauek:

- Hildakoaren adina (gaztea ala zaharra den).
- Aldez aurretik bizi izandako estres-egoerei aurre egiteko gaitasuna.
- Hildakoarekin izandako harremana (ahaidetasuna, gertutasuna, hildakoak senitartekoan zuen rola).
- Gaixotasunaren edota heriotzaren ezaugarriak.
- Harremanen ezaugarriak: familiaren edota gizartearen laguntzarik eza; komunikazio gutxi senitartekoekin eta lagunekin.
- Beste faktore batzuk: aldez aurretiko doluak gaintu ez izana; lagun bat baino gehiago galdu izana edo lagun bat bestearen atzetik hil izana; krisialdiak; hainbat obligazio izatea.

Dolua baldintza dezaketen faktoreak sistematikoki aztertzeko orduan, edadeko pertsonak, haurrek eta nerabeek dolu konplikatu izateko arriskua dagoela erakusten duten adierazleak kontsulta ditzakegu.

2. **Gaixoa hil ondoren**, dolua normala den aztertuko dugu. Jendeak doluan izaten dituen erreakzioak aztertzeko orduan, kontuan izan beharko dugu pertsona guztiak desberdinak gaitza eta ez dagoela dolu osasuntsuaren eredu bakar bat. Bi pertsonak oso bestela bizi dezakete dolua baita, adinaren eta inguruabarren arabera, pertsona berak ere.

Hona hemen dolua adierazteko modurik ohikoenak:

- Sentimenduak: tristura, haserrea, errua, antsietatea, bakardadea...
- Sentsazio fisikoak: nekezia, goserik eza, presioa bularraldean, presioa eztarrian, zaratak ezin jasatea...
- Kognizioak: ez sinestea, nahasmendua, ardua, hildakoa bertan dela sentitzea, pseudoaluzinazioak, despertsonalizazioa...
- Jokabideak: lo-nahasmenduak, elikatze-nahasmenduak, axolagabe egotea, gizarte-isolamendua, hildakoarekin amets egitea, hildakoa gogora ekarri nahi ez izatea...

Dolu normalaren eboluzioa:

- Berrantolaketa-fasean sartzen da, poliki-poliki, doluan den pertsona, eta tristurarik gabe ekar dezake gogora hildakoa. Gertatutakoa onartzen badu eta harreman berri bati ekiteko prest baldin badago, pertsona bere onera bueltatu dela esan dezakegu.
- Pertsonak bizitzeko gogo berreskuratzen duenean, itxaropentsu denean, pozik dagoenean eta rol berriak hartzen dituenen, amaitutzat jo dezakegu dolua.

Maite dugun pertsona bat hiltzen denean, hainbat gauza egin behar ditugu oreka berrezartzeko. Doluan den pertsonak horiek guztiak egin beharko ditu dolua amaitu aurretik. (J.W.Worden)

- I. egitekoa: gaixoa hil egin dela onartzea.
- II. egitekoa: hurkoa hiltzean sortutako emozioak eta mina lantzea.
- III. egitekoa: hildako pertsona faltan den ingurunera egokitu.
- IV. egitekoa: hildakoa emozionalki bere lekuan jartzea, eta bizitzen jarraitu.

Dolua noiz amaitu den zehaztea zaila izaten da. Hala ere, pertsona batek dolua gainditu duela esan dezakegu iraganera begiratzen duenean eta hildakoa lasai gogoratzeko gai denean (minik gabeko pena). Bat eta bi urte artean iraun ohi du doluak. Doluaren eboluzioa normala izaten ari den jakiteko, doluaren prozesu normaleko seinalerik dagoen aztertu beharko dugu.

2. **Jarraipen-prozesuan**, dolua konplexu bihur dezaketen egoerarik ba ote den aztertuko dugu.

Dolu konplikatu litzateke: "dolua zailtzea, hainbeste non doluan den pertsonak uste duen indarririk ez duela izango hura gainditzeko, jarrera moldakaitza badu, eta modu amaiezinean doluan jarraitzen baldin badu, prozesuan aurrera egin gabe".

Etenik gabeko lotura dago erreakzio normalen eta normalak ez diren erreakzioen artean, bai eta adierazpen konplikatuaren eta konplikatuak ez diren adierazpenen artean ere. Patologiak lotura handiagoa du erreakzio jakin baten intentsitatearekin edo iraupenarekin, jokabide jakin bat izatearekin edo ez izatearekin baino.

Doluaren eboluzioa gatazkatsua izaten ari den jakiteko, dolu konplikatuaren irizpideak erabil ditzakegu.

Dolu normala:

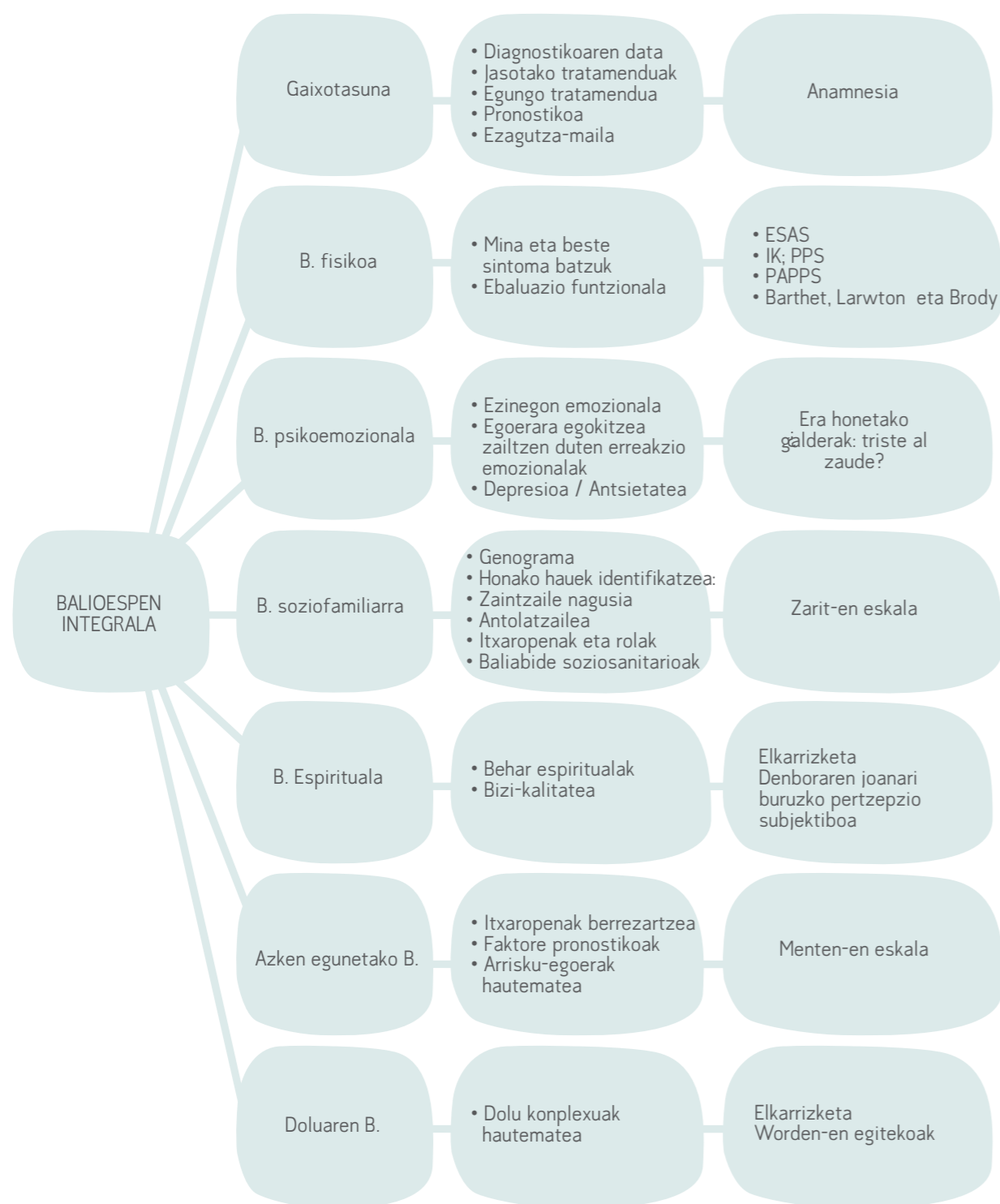
- Normaltasunez adierazten du pena pertsonak.
- Haren iraupena mugatua da (urte 1 eta 2 artean, gutxi gorabehera).
- Hasierako lehenengo egunen ondoren, apatiko edo antsioso badago ere, "normaltasunez" ekiten dio berriz ere eguneroko martxari doluan den pertsonak.

Dolu konplexua:

- Ez da penarik adierazten (gordetako dolua).
- Doluan den pertsona denbora luzez eta intentsitate berberarekin egoten da penaturik (dolu kronikoa).
- Pertsona hori ez da gauza hildakoarekin zeukan lotura hausteko. Bere burua erruduntzat du edo bere buruari gauzak leporatzen dizkio.
- Hildako pertsonarik gabeko bizitzari berriz ekiteko gai ez izatea doluan den pertsona.
- Horrez gain, hurkoa hil ondoko sei hilabeteetan doluan den pertsonak duen diagnostikatutako buru-asaldatze guztiak aztertu behar ditugu, lotura izan baitezakete hurkoa galdu izanarekin (bereziki, depresioa, antsietate-nahasmenduak eta menpekotasunak).

III. ERANSKINA: ARRETA PLAN INDIBIDUALIZATUA (API)

Balioespenaren laburpena:



Adibidea:

Josefa andreak 73 urte ditu. Gaixotasun progresibo eta ezgaitzailea diagnostikatu zioten duela bost urte. Gaur egun, ohetik sofara bizi da, zailtasunak ditu elikagaiak hartzeko eta mina du artikulazioetan. Gauz nahasturik egoten da, eta loa eta bigiliaren haren zikloa alderantzikatu da. Enrique bere senarrarekin bizi da Gasteizko alde zaharreko eraikin batean. Bigarren solairuan bizi dira eta ez dute igogailurik. Gasteizen bizi diren hiru seme-alaba dituzte (bi seme eta alaba bat). Erreferentziatzko ospitale tertziarioan kontrolatzen dute haren gaixotasun nagusia urtean bi edo hirutan.

Egoki diren azterketak eta balioespen integrala egin ondoren, gaixoaren API zehaztu da.

Data	SINTOMA, ARAZOA	MEKANISMOA	TRATAMENDUA	EBALUAZIOA
Irailak 24	Disfagia	Gaixotasun neuromuskularra	Loditzailea Jarraibideak zaintzaileari	Etengabea
	Mina	Mugitzeko ezintasuna Artrosia	Beroa puntu jakin batean Postura-aldaketak 400 mg ibuprofeno, 8 orduan behin.	Aste batean hobera egiten ez baldin bada, hirugarren mailara pasatzeko aukera aztertu.
	Gauz asaldatzea	Oinarrizko gaixotasuna Angustia? Deliriuma?	Risperidona 0,5 mg	Aste batean ez badu hobera egiten, dosia handitzeko aukera aztertu edo, bestela ere, ekintza laburreko BDZ agindu haren ordean.
	Kalera ateratzeko zailtasunak	Oinarrizko gaixotasuna Igogailurik gabeko 2. solairua.	Boluntarioek lagun dezatela ahalegindu.	Arazoa ez baldin bada 10 egunetan konpondu, beste irtenbide batzuk bilatu.
	Enriquek pronostikoa ukatzen du.	Ukoari aurre egitea.	Hurrengo bisitan, Enriquerekin bakarrik hitz egin.	20 egun barru, Enriquerekin hitz egin berriz ere.

Support team assessment schedule (STAS)

Pazienteari nahiz haren senitartekoei eskainitako asistentziaren kalitatea ebaluatzeko eta monitorizateko eskala da STAS. Pazientea eta haren familia artatzen duten profesionalak 9 alderdi ebaluatzen dituzte. Jatorrizko bertsioan, hala ere, hemen jaso ditugunak baino 7 alderdi gehiago ageri dira. 5 puntuko (Otik 4ra bitarteko) eskalaren arabera ebaluatzen dira arazoa eta hura hobetzeko beharra. Puntuazio altuek arazo asko daudela erakusten dute; puntuazio txiek, aldiz, arazo gutxi daudela.

Ezaugarri psikometrikoak: Bizi-kalitatea neurtzeko beste tresna batzuk baino gorabehera gehiago izaten dira tresna honetan gaixoaren bizitzaren azken sei asteetan.

Lantaldearen azken balioespena (STAS)

1 2 3 4

- Mina kontrolatzea
- Beste sintoma batzuk kontrolatzea
- Pazientearen antsietatea
- Senitartekoen antsietatea
- Pazienteari buruzko informazioa
- Senitartekoei buruzko informazioa
- Pazientearekin eta haren senitartekoein izandako harremana
- Profesionalen arteko harremana
- Profesionalen eta pazientearen nahiz senitartekoen arteko harremana

Puntuak guztira:

Ebaluatutako alderdi bakoitzari emandako puntuazioaren azalpena

MINA KONTROLATZEA: Pazientearen gain minak izan duen eragina.

0 = bat ere ez.

1 = Pazienteak aldian aldiro mina izatea. Pazientea ez dago minagatik kezkatutik.

2 = Ezinegon arina. Pazienteak egun txarrak izaten ditu. Gaixotasuna izan arren pazienteak egin dezakeen jardueraren bat mugatzen du minak.

3 = Pazienteak mina izan ohi du. Minak eragin handia du jardueren eta kontzentrazioaren gain.

4 = Min etengabea, handia eta jasangaitza. Beste gauza batzuetan pentsatzea galarazten duena.

BESTE SINTOMA BATZUK KONTROLATZEA: Beste sintoma batzuek pazientearen gain duten eragina (mina kenduta).

0 = bat ere ez.

1 = Pazienteak aldian aldiro mina izatea. Pazientea normaltasunez aritu daiteke, eta sintomak ez dute kezkatzen.

2 = Ezinegon arina. Pazienteak egun txarrak izaten ditu. Gaixotasuna izan arren pazienteak egin dezakeen jardueraren bat mugatzen dute sintomak.

3 = Intentsitate handiko sintomak izan ohi ditu pazienteak. Sintoma horiek eragin handia dute jardueren eta kontzentrazioaren gain.

BALIOESPEN FUNTZIONALA

Gaixoaren gaitasun funtzionala ebaluatzeak balio du, batez ere, tratamendua aukeratzen laguntzeko eta pazientearen biziraupena neurtzeko. Azken urteotan, zainketa aringarrien hainbat eskala funtzional sortu dira: Palliative Performance Scale (PPS) eskala eta Edmonton eskala funtzionala (EFAT).

Zainketa aringarrien eskala funtzionala (PPS)

Zainketa aringarriak behar dituzten pazienteen gaitasun funtzionala neurtzeko balio du. Karnofsky-ren indizearen aldaera bat da. Aztergai dugun eskala honek eta Karnofsky-ren indizeak baino bi alderdi gehiago hartzen ditu kontuan pazienteak sailkatzeko orduan: elikatzea eta kontzientzia-maila. PPS eskalan, gainera, pazientea ospitaleratzeko irizpideak ez dira kontuan hartzen gaixotasunaren hedadura aztertzeko orduan. Gaitasun funtzionala, bestetik, 11 kategoriatan banaturik dago. %10etan daude zatiturik kategoria horiek, hasi paziente ambulatorio eta osasuntsuetan (%100) eta buka hil diren pazienteetan (%0). Puntuatzeko orduan, beraz, pazienteak zer egoeratan aurkitzen den ondoen adierazten duen ehuneko idatzi beharra dago. Pazientea zenbat eta hobeto egon, orduan eta ehuneko handiagoa esleituko diogu.

%	MUGIKORTASUNA	Jarduera. Gaixotasunaren arrastoa.	Bere burua zaintzea	Elikadura	Kontzientzia-maila
100	Erabatekoa	-Jarduera normala -Gaixotasunaren arrastorik gabe.	Erabat	Normala	Normala
90	Erabatekoa	-Jarduera normala -Gaixotasunaren arrastoren bat.	Erabat	Normala	Normala
80	Erabatekoa	-Ahaleginak egin behar ditu normaltasunez jardun ahal izateko. -Gaixotasunaren arrastoren bat.	Erabat	Normala edo murriztu	Normala
70	Murriztua	-Lanean aritu ezin izatea. -Gaixotasunaren arrastoren bat.	Erabat	Normala edo murriztu	Normala
60	Murriztua	-Etxeko lanak egiteko gai ez izatea. -Gaixotasuna nabari.	Asistentziaren beharra du aldian aldiro	Normala edo murriztu	Normala edo nahasmendu-sindromea
50	Ohean eta sofan egoten da gehienbat	-Ez da inolako lanik egiteko gai -Gaixotasuna oso zabaldua	Asistentzia handiaren beharra du	Normala edo murriztu	Normala edo nahasmendu-sindromea
40	Ohean ematen du denbora gehien.	-Ez da inolako lanik egiteko gai -Gaixotasuna oso zabaldua	Laguntza behar du ia jarduera guztiak gauzatzeko	Normala edo murriztu	Normala, logura, edo nahasmendu-sindromea
30	Ohean	-Ez da inolako lanik egiteko gai -Gaixotasuna oso zabaldua	Gutziz mendeko	Ma urriztua	Normala, logura, edo nahasmendu-sindromea
20	Ohean	-Ez da inolako lanik egiteko gai -Gaixotasuna oso zabaldua	Gutziz mendeko	Soilik zurrupadaka edateko gai da	Normala, logura, edo nahasmendu-sindromea
10	Ohean	-Ez da inolako lanik egiteko gai -Gaixotasuna oso zabaldua	Gutziz mendeko	Aho-zaintzak baino ez	Logale edo koman
0	Heriotza				

BALIOESPEN PSIKOEMOZIONALA

Antsietatea eta depresioa neurtzeko eskala: Goldberg-en eskala.

Antsietatea neurtzeko eskala

1. Urduri edo nerbioa egon al zara?
2. Zerbaitek biziki kezkatu al zaitu?
3. Suminkor egon al zara?
4. Lasai egoteko arazorik izan al duzu? (Galdera horietako bi edo gehiagotan baietz erantzun baldin badu, aurrera jarraitu behar dugu)
5. Gaizki egin al duzu lo?
6. Buruko ala garondoko minik izan al duzu?
7. Sintoma hauetakoren bat izan al duzu? Dardara, inurritzea, zorabioa, izerdia, beherakoa. (sintoma begetatiboak)
8. Zure osasunak kezkatu al zaitu?
9. Arazorik izan al duzu loak hartzeko?

Depresioa neurtzeko eskala

1. Indarrrik gabe ikusi al duzu zure burua?
2. Gauzen gaineko interesa galdu al duzu?
3. Zure buruarenganako konfiantza galdu al duzu?
4. Etsita sentitu al zara? (Galdera horietako batean edo bat baino gehiagotan baietz erantzun baldin badu, aurrera jarraitu behar dugu)
5. Kontzentratzeko zailtasunik izan al duzu?
6. Argaldu al zara?
7. Goiz iratzartzen egon al zara?
8. Lehen baino motelago ikusi al duzu zure burua?
9. Uste al duzu lehen baino okerrago egoten zarela goizetan?

Puntuazioa: 4 puntu baino gehiago: Pazienteak antsietatea izan dezake.
2 puntu baino gehiago: Pazienteak depresioa izan dezake.

BALIOESPEN SOZIOFAMILIARRA

Gijón-en balioespen sozialaren eskala

Egoera familiarra

- a) Senitartekoekin bizi da eta ez du menpekotasun fisiko edo psikikorik.
- b) Antzeko adina duen bikotekidearekin bizi da.
- c) Senitartekoekin edo bikotekidearekin bizi da, eta menpekotasuna du.
- d) Bakarrik bizi da, baina seme edo alabaren bat bizi da harengandik gertu.
- e) Bakarrik bizi da; ez du seme-alabarik edo, izatekotan, urrun bizi dira.

Egoera ekonomikoa (diru-sarrerak hileko)

- a) Gutxieneko soldata baino 1,5 aldiz gehiago.
- b) Gutxieneko soldata baino 1,5 aldiz gehiago ere.
- c) Gutxieneko kontribuzio-pentsioa ere.
- d) LISMI, FAS, pensio ez kontributiboa.
- e) Aurreko atalean adierazitako diru-sarrerak baino txikiagoak edo diru-sarrerarik ez.

Etxebizitza

1. Egokia (argindarra, ura, berogailua, komuna, telefonoa, igogailua).
2. Oztopo arkitektonikoak.
3. Hezetasuna, higie txarra, ekipamendu desegokia.
4. Ez da: Igogailurik, telefonorik...
5. Etxebizitza ez da egokia.

Harremanak eta gizarte-kontaktuak

1. Gizarte harremanak ditu etxetik kanpo.
2. Soilik senitartekoekin eta bizilagunekin du harremana. Etxetik ateratzen da.
3. Soilik senitartekoekin du harremana. Etxetik ateratzen da.
4. Senitartekoak edo lagunak joaten zaizkio bisitan (astean behin baino gehiagotan). Ez da etxetik ateratzen.
5. Ez da etxetik ateratzen; ez zaio inor bisitan joaten (edo, joatekotan, astean behin baino gutxiagotan)

Gizarte-sarearen laguntza

1. Senitartekoek edo bizilagunek eskaintzen diote laguntza.
2. Gizarte-boluntarioak. Etxeko arreta.
3. Ez du laguntzarik.
4. Zahar-egoitza batean sartzeko zain dago.
5. Ez du etenik gabeko zaintzarik.

Puntuak guztira:

Puntuazioaren emaitza

5 eta 9 artean: egoera sozial onargarria/ona.

10 eta 14 artean: Gizarte-arriskuan da.

15 baino gehiago: gizarte-arazoak egon daitezke.

Zaintzailearen gainzamarari neurtzeko Zarit-en eskala (Caregiver Burden Interview)

Zk.	Egin beharreko galdera	Puntuazioa
1	Zure senitartekoak behar duena baino laguntza handiagoa eskatzen duela uste al duzu?	
2	Zure senitartekoari denbora asko eskaintzen diozula eta, horregatik, zuretzako denborarik ez duzula uste al duzu?	
3	Urduri jartzen al zara zure senitartekoa zaintzeaz gain beste ardura batzuk ere bete behar dituzunean?	
4	Zure senitartekoaren jokabideak lotsatzen al zaitu?	
5	Senitartekoarengandik gertu zaudenean, haserre egoten al zara?	
6	Egungo zure egoerak lagunekin eta beste senitarteko batzuekin duzun harremanaren gain eragin negatiboa duela uste al duzu?	
7	Zure senitartekoaren etorkizunaren beldur al zara?	
8	Senitartekoa zurekiko mendekotasuna duela uste al duzu?	
9	Nekaturik sentitzen al zara zure senitartekoaren ondoan egon behar duzunean?	
10	Senitartekoa zaintzeak eraginik izan al du zure osasunaren gain?	
11	Senitartekoaren erruz, izan nahiko zenukeen bizi pribatua ez daukazula uste al duzu?	
12	Senitartekoa zaintzeak eraginik izan al du zure gizarte-harremanen gain?	
13	Deseroso sentitzen al zara lagunak etxera gonbidatzeko orduan?	
14	Zure ustez, senitartekoak zuk ez beste inork zainduko duzula espero al du?	
15	Senitartekoa zaintzeko eta beste gastu batzuk ordaintzeko nahikoa diru izango ez duzula uste al duzu?	
16	Aurrerantzean ere senitartekoa zaintzeko gai izango ez zarela uste al duzu?	
17	Senitartekoa gaixo dagoenetik zure bizitzaren gaineko kontrola galdu duzula uste al duzu?	
18	Beste pertsona batzuk zure senitartekoaz arduratzea nahiko al zenuke?	
19	Ez al zaude ziur senitartekoarekin egin behar duzunaz?	
20	Senitartekoaren alde egiten duzuna baino gehiago egin behar zenukeela uste al duzu?	
21	Senitartekoa egun baino hobe zain dezakezula uste al duzu?	
22	Oro har, gehiegizko lana daukazula uste al duzu?	
20	Senitartekoaren alde egiten duzuna baino gehiago egin behar zenukeela uste al duzu?	
21	Senitartekoa egun baino hobe zain dezakezula uste al duzu?	
22	Oro har, gehiegizko lana duzula uste al duzu?	

Oetik 4ra bitarteko Likert eskala erabiliko dugu galderak puntuatzeko (0 inoiz; 4 ia beti).
Puntuazio maximoa: 46 puntu baino gutxiago, gainzamarik ez; 46 eta 56 puntu artean, gainzama arina; 56 puntu baino gehiago, gainzama handia.

Behar espiritualak aztertzeko oinarritzko gida (Bayés 2008)

Eserita egin behar dizkiogu galderak gaixoari, adiskidetasunez, begietara begira, eta behar beste denboraz emango diogu gaixoari galderak erantzun ditzan. Horrez gain, modu aktiboan entzungo diogu hark esandakoari. Bi maila bereiz daitezke:

Maila orokorra

- Nola zaude animoz? Ondo, erdizka, gaizki... zuk zer esango zenuke?
- Zerbaitek kezkatzen al zaitu? Zerk kezkatzen zaitu gehien?
- Egun bizi duzun egoera jasangaitza iruditzen al zaizu? Zergatik?
- Oro har, *nola igarotzen da denbora zure ustez?* Poliki, azkar... zer iritzi?
- Zergatik?
- Egungo zure egoeran, zerk laguntzen zaitu gehien?
- Zure ustez, ba al dago gure esku zerbait egitea?

Maila espezifikoa

- Ba al duzu sineste espiritual edo erlijiosorik?
- Horrelakorik izanez gero, zure sinesteak lagungarri suertatzen al zaizkizu egoera honetan?
- Nirekin hitz egin nahi al duzu horri buruz?
- Ala pertsona jakin batekin hitz egin nahi duzu? Lagun batekin, psikologo batekin, apaiz batekin...

NARRIATZE KOGNITIBOAREN ESKALA - PFEIFFER-EN TESTAREN ESPAINIAKO BERTSIOA.

- Zer egun da gaur? -eguna, hilabetea, urtea.
- Asteko zer egun da gaur?
- Non gaude orain?
- Zein da zure telefono-zenbakia?
- Zein da zure helbidea? -pazienteak telefonorik ez badu, helbideagatik galdetu-
- Zenbat urte dituzu?
- Zein da zure jaioteguna? -eguna, hilabetea, urtea.
- Nor da gobernuko presidentea orain?
- Orain denaren aurretik, nor izan zen gobernuko presidentea?
- Zeintzuk dira zure amaren abizenak?
- 20tik hasita 3 kendu elkarren hurren, 0-ra heldu arte.

GUZTIZKO PUNTUAZIOA

Testaren emaitza:

Okerrak zenbatuko ditugu: 0-2 oker bitartean: narriadurarik ez.
3-4 oker bitartean: narriadura arina
5-7 oker bitartean: narriadura ertaina
8-10 bitartean: narriadura intelektual larria

Pazienteak lehenengo hezkuntza besterik ez badu egin, akats bat gehiago onartuko dugu.
Talde baztertuetako pazienteetan ere akats bat gehiago onartuko dugu.
Pazienteak erdi edo goi-mailako hezkuntza egin baldin badu, akats bat gutxiago onartuko diogu.

SEDAZIO-MAILAREN ESKALA – RAMSAY ESKALA

Xede-populazioa: Lasaigarriak eman zaizkien herritar guztiak.
Modu **heterogeneoan administratutako** eskala da, sedazioaren maila neurtu eta sailkatzen duena.

Zenbat eta puntu gehiago, orduan eta sedazio handiagoa.

- 1 Pazientea urduri.
- 2 Pazienteak laguntzen du, lasai dago.
- 3 Pazientea lo dago eta aginduen aurrean erantzuten du.
- 4 Pazientea lo dago, eta argi- nahiz soinu estimuluaren aurrean erantzuten du laburki.
- 5 Pazientea lo dago, eta minaren aurrean baino ez du erantzuten.
6. Erantzunik ez.

ARRISKUARI BURUZKO NORTON ESKALA

Xede-populazioa: Erkidegoan bizi diren herritarretatik ospitalizatutako edozein. Modu **heterogeneoan administratutako** galdetegia da. 5 alderdi aztertzen ditu: pazientearen egoera orokorra, egoera mentala, jarduera, mugikortasuna eta ihesak). 1 eta 4 puntu artean ematen dira atal bakoitzean; 20, guztira. Testa egitean 14 puntu edo gutxiago batzen baditugu, pazienteak arriskutsutzat hartuko dugu, eta prebentzio-neurriak ezarriko ditugu. (Zenbat eta puntu gutxiago batu orduan eta handiagoa da arriskua).

Norton eskala. Madrilgo Insalud lantaldeak aldatutakoa

PUNTUAK	1	2	3	4
EGOERA FISIKO OROKORRA	OSO TXARRA	TXARRA	ERDIZKAKO A	ONA
INKONTINETZIA	GOROTZ ETA GERNU INKONTINETZIA	GOROTZ EDO GERNU INKONTINETZIA	NOIZBEHIN KAKOA	BAT ERE EZ
EGOERA MENTALA	NAHASMENA EDOTA KOMA	NAHASMENA	APATIA	ADI
JARDUNA	OHEAN	ESERITA	LAGUNTZA BEHAR DU IBILTZEKO	OINEZ IBILTZEN DA
MUGIKORTASUNA	EZIN DAITEKE MUGITU	OSO MUGATU RIK DAGO MUGITZE KO	MUGIKORT ASUN MURRIZTU A DU	ERABAT MUGI DAITEKE

Alonso A, Resach L, Gisbert A. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Med Pal* 2010; 17: 161-171 Aabom, B., Kragstrup, J., Vondeling, H., Bakkesteig, L. S., & Stovring, H. (2006). Does persistent involvement by the GP improve palliative care at home for end-stage cancer patients? *Palliat Med*, 20, 507-512.

Alonso-Babarro, A., Bruera, E., Varela-Cerdeira, M., Boya-Cristia, M.J., Madero, R., Torres-Vigil, I., De-Castro, J., González-Barón, M. *Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer.* (2011). *J Clin Oncol* 29(9):1159-67.

Aoun, S.; Kristjanson, L.J.; Currow, D.; Skett, K.; Oldham, L.; Yates, P. (2007). Terminally-ill people living alone without a caregiver: an Australian national scoping study of palliative care needs. *Palliat Med* 21(1): 29-34.

Bell, C.L.; Somogyi-Zalud, E.; Masaki, KH. (2010). Factors associated with congruence between preferred and actual place of death. *J Pain Symptom Manage* 39(3): 591-604.

Benito Oliver, Enrique; Barbero Gutiérrez, Javier; Payás i Puigarnau, Alba, (aut.). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Arán Ediciones, S.A. 2008.

Borrás, Josep M^a, Prades, Joan, (aut.). La organización multidisciplinar en cáncer. Elsevier España S.A. 1^a ed.(2011)

Brazil, K., Howell, D., Bedard, M., Krueger, P., & Heidebrecht, C. (2005). Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill. *Palliat Med*, 19, 492-499.

Burge, F., Lawson, B., Johnston, G., & Cummings, I. (2003). Primary care continuity and location of death for those with cancer. *J Palliat Med*, 6, 911-918.

C. Centeno y otros. Manual de medicina paliativa. 2009 EUNSA EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA.

D Cabrera González, A Menéndez Caicoya, A Fernández Sánchez, V Acebal García, JV García González, E Díaz Palacios, A Salamea García. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social, Garcia J v y colb. *Aten Primaria*. 1999;23:434-40.

Fernández A, Sanz R, Cía R, Boceta J, Martín M, Duque A, et al. Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 2008; 15: 287-292

Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:83-89

Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2010; 135:179-185

Groot, M., Vernooij-Dassen, M., Crul, B., Grol, R. (2005). General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. *Palliat Med* 19(2): 111-8.

Johnston, G., Davison, D., Reilly, P. (2001). Educational needs in palliative care: A survey of GPs and community nurses. *Eur J Gen Practice* 7 (3): 99-103.

McNamara B, Rosenwax LK, Holman DJ. A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:5-12

Milberg, A.; Strang, P. (2007). What to do when 'there is nothing more to do'? A study within a salutogenic framework of family members' experience of palliative home care staff. *Psycho-Oncol* 16 (8): 741-51.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos Madrid.

Molinero Blanco, E; Sanz Fernández, E. Manejo general y extrahospitalario paliativo del paciente oncológico. Capítulo 1. *Medicine*. 2009; 10:1753-60. - vol.10 núm 26

Murray, S. A., Boyd, K., Sheikh, A., Thomas, K., & Higginson, I. J. (2004). Developing primary palliative care. *BMJ*, 329, 1056-1057.

Navarro R, López C. Aproximación a los Cuidados Paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas. *An Med Interna* 2008; 25: 187-191, 2008

O'Brien, M., Barbara, J. (2010). Barriers to dying at home: the impact of poor co-ordination of community service provision for patients with cancer. *Health Soc Care Comm* 18: 337-345.

Pasman HRW, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality Indicators for Palliative Care: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* 2009;38:145-156

Rocafort-Gil, J., Herrera-Molina, E., Fernández-Bermejo, F., Grajera-Paredes, M., Redondo-Moral, M. J., Díez-Díez, F. et al. (2010). Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Aten Primaria*, 38, 316-324.

Shipman C; Addington-Hall J; White P. (2008). Nursing the dying within a generalist caseload: a focus group study of district nurses. *Int J Nurs Stud* 45(10): 1470-8.

Vicente Valentín y otros. Cuidados continuo: Una necesidad del paciente oncológico. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 1, Núm. 1, 2004, pp. 155-164

Whittaker, E., Kernohan, WG., Hasson, F., Howard, V., McLaughlin, D. (2006). The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse Educ Today* (6):501-10.

Zarit S N et al. Relatives of impaired elderly; correlates of feeling of burden. *The Gerontologist* (1980) 20 (6): 649-655. 3.-

Interneten aurki daitezkeen beste agiri interesgarri batzuk

Osasun Sistema Nazionalaren Zainketa Aringarrietako Estrategia. Osasun eta Kontsumo Ministerioa 2007.

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf

Zainketa Aringarriei buruzko Praktika Klinikoren Gida. OSASUN ETA KONTSUMO MINISTERIOA 2008.

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

Zainketa Aringarrien Unitatea. Estandarrak eta aholkuak. Osasun eta Gizarte Politika Ministerioa 2010.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>

Zainketa aringarrien Aragoiko programa 2009

http://www.cusirar.com/panel/uploads/Programa_Cuidados_Paliativos_Aragon_032009%5B1%5D.pdf

Zainketa aringarrien Asturiasko estrategia 2009.

http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Gestion%20Clinica/AS_Paliativos/ESTRATEGIA%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%20ASTURIAS.pdf

Zainketa aringarrietako etika.

http://www.fcs.es/docs/publicaciones/Guia_etica_cuidados_paliativos.pdf

Comunitat Valenciana-ko zainketa aringarrien plan integrala 2010.

<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2686-2010.pdf>

Zainketa aringarrien prozesu asistentzial integratua. Andaluzia 2007.

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/CUIDADOS%2520PALIATIVOS%2520INTERNET%5B1%5D.pdf>

Zainketa aringarrietako esparru-programa. Extremadura 2002.

http://sociosan.saludextremadura.com/cuidados_paliativos/admin/documentos/Programa%20Marco.pdf

Zainketa aringarrien Galiziako plana 2006.

<http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1391>

Konplexutasun-irizpideak eta esku hartze mailak. Katalunia 2010.

http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir89/atfivida_complej.pdf

Zainketa aringarrietako plan estrategikoa. Madril 2010.

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlan_Cuidados_Paliativos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271706488599&ssbinary=true

Zainketa aringarrien plan integrala. Murtzia 2009.

<http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25049/murcia-plancuidadospaliativos2009-01.pdf>

SECPAL. Onkologikoak ez diren pazienteen zainketa aringarriak. Irizpide pronostikoak.

http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2