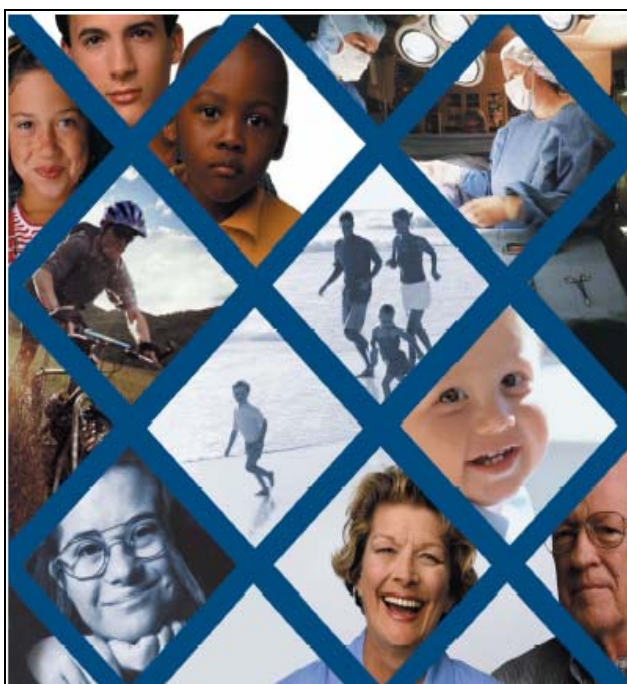


Zainketa Aringarrietako Plana

Bizitzaren azken fasean
dauden pazienteen atentzia.
EAE, 2006-2009



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Aurkibidea

Aurkezpena

- 1.- Sarrera
- 2.- Garapen historikoa eta ingurunearen deskripzioa
 - 2.1. Zainketa aringarrien jatorria eta garapena nazioarte mailan
 - 2.2. EAEn bizitzaren azken fasean dauden gaixoen atentzioari buruzko historia
 - 2.3. Ingurunearen deskripzioa
- 3.- Egoeraren diagnostikoa
 - 3.1. Ikuspegi epidemiologikoa
 - 3.2. Baliabideen erabileraren ikuspegia
 - 3.2.1. Ospitalizazioa
 - 3.2.2. Etxeko ospitalizazioa
 - 3.2.3. Lehen Mailako Atentzioa
 - 3.3. Ikuspegi kualitatiboa: hautemandako beharrak
- 4.- Hobetzeko arloak
- 5.- Plan estrategikoa; Helburu orokorrak
- 6.- Helburu espezifikoak eta Jardunbideak
- 7.- Beharren estimazioa eta hurbilketa ekonomikoa

Erreferentzia bibliografikoak

1. eranskina: Planaren sintesia: Helburuak eta jardunbideak
2. eranskina: Bizitzaren azken fasean dauden pazienteei ematen zaien atentzioa ebaluatzeko adierazle potentzialak
3. eranskina: Baliabide asistentzialak

Aurkezpena

Euskadiko sistema sanitarioa, gaixotasunaren sendaketa eta errehabilitaziora bideratuta dago, baita bere prebentziora eta osasunaren sustapenera. Horiek horrela, izaera progresiboa duten eta momentu jakin batean itzulezin bihur daitezkeen eta tratamendu sendagarriari erantzuten ez dieten gaixotasunekin, batez ere minbiziarekin baina beste batzuekin ere, topo egiten du.

Osasun-zerbitzuek ezin dute alde batera utzi bere bizitzaren azken fasean dagoen pertsona. Zerbitzuok, euren helburuak berriro bideratu beharko lituzkete eta sintomak kontrolatzera eta arazo emozionalei arreta jartzera zuzendu, pazientearen eta familiaren egokitzapena errazteko azken helburuarekin, sufrimendua arintzea lortzeko asmoz.

Gure Erkidegoan, laurogeita hamargarren hamarkadatik hona, zainketa aringarriak ezartzeko ekimen batzuk garatu dira. Ekimen horiei, osasun-antolaketaren barruan sentsibilizazio-fase batekin hasiera eman zitzaien; beste fase bat, 1993. urtetik aurrera, baliabide espezifikoak esleitzeko, gaur egun dagoen antolamendu-eredua finkatu den arte.

Gaur egungo egoeraren azterketatik abiatuz, Osasun Sailaren eskutik paziente horietaz arduratzeko plan bat egitea justifikatzen duten hobetzeko arloak detektatu ditugu. Plan hori, batetik, etengabeko hobekuntzako politikatzat hartzen da eta bestetik, dokumentu estrategiko gisa. Dokumentu estrategiko horretan, bere helburu eta jardunbideak kontuan hartuta, ondo bideratutako zainketak hartzearekiko bereziki sentikorra den pertsona-talde baten ongizatea lortzeko ekintza guztiak oinarrituko dira.

Antolaketari dagokionez, plan honek gune operatiboa lurralde mailan jartzen du; bertatik, Osasun-barrutiaren tresna sanitario guztiak arautuko dituen eta atentzio soziosanitarioa integrala izateko gizarte-zerbitzuekin lankidetzabideak izateko aukera emango duten plan asistentzialak diseinatu beharko dira.

Laguntza emateko tresnak pazienteen beharretara egokitzea kontuan hartu da, etxez etxeko asistentziari lehentasuna emanez; baina, era berean, ospitaleko

baliabideak jarritz, etxe partikularretan konpondu ezin diren egoeretat arduratzeko.

Prestazioaren kalitatea hobetzeko apustu bat eginez, pertsonal sanitarioaren prestaketan enfasi berezia jarri da, haiek eman behar duten asistentziaren konplexutasunera egokitutako trebakuntza-maila eduki beharko baitute. Horretarako, etengabeko prestakuntza-programak eskainiko zaizkie, behar izanez gero. Ebaluazioa, ziklo asistentziala ixteko funtsezko puntu gisa sartu da.

Pertsona proiektuaren gune gisa enfasi bereziarekin kokatzen da, jaso nahi dituen zainketa aringarri motari buruz erabakitzeko orduan protagonismoa emanaz. Bestalde, hiritarren parte-hartzea bizkortzen da, pertsona gaixo horiek eta haien familiek behar duten euskarri emozionalean betebeharrak garrantzitsuak duten boluntarioen elkarrekin bitartez.

Laburbilduz, Plan honekin dagoeneko egiten ari garena hobeto egin nahi dugu. Koordinazioa, lankidetzak, prestakuntza, ikerketa, ebaluazioa, parte-hartzea.... nahi dugun helburua lortzeko oinarritzko elementuak dira. Horiek guztiak barne hartzeko, gure baliabideak berrantolatzea planteatzen gara, eraginkortasunaren alde; baina argi edukiz, Osasun Sail honek dituen baliabideak banatzeko orduan bere lehentasunen artean zainketa aringarriak izango dituela beti.

Gabriel M^a Inclán Iribar

OSASUN SAILBURUA

1.- Sarrera

Aurrerapen teknologikoek, botika berrien ikerketa eta garapenarekin batera, gaur egun, gaixotasun ugari sendatzeko aukera ematen dute. Hala eta guztiz ere, egia da bere aplikazioak, egoera jakin batzuetan, gaixo dauden pertsona askoren hiltzeko denbora luzatzen duela, haietako batzuen bizitzaren azken fasea beharrezkoa ez den sufrimenduarekin batera gertatzen delarik. Hori dela eta, ez da arraroa mota askotako gero eta ahots gehiago entzutea heriotza duin bat izateko eskubideaz hitz egiten.

“Guztientzako osasuna XXI. mendean”¹ esparruan, Osasunaren Munduko Erakundeak bizitzaren azken fasean gaixo dauden pertsonak eta beren senideek jasaten duten sufrimendua murrizteko estrategiak proposatzen ditu. Bere estatu kideei, gaur egungo aurrekontu sanitarioen zati garrantzitsu bat haien bizitzako azken egunetan dauden pertsonentzat direla kontuan hartuz, baliabide ekonomikoak kolektibo horren beharrekina bateragarri diren politika sanitarioak hartzeko agintzen die. Hori guztiori, pazienteen autonomia printzipioaren eta ahal den heinean minik eta larritasunik gabe heriotzari buruzko erabakia hartzeko euren eskubidearen menpe.

Zainketa aringarriak, tratamendu sendagarriei erantzuten ez dieten gaixotasun progresibo eta itzulezinak dituzten pazienteentzako tratamendu-programak dira. Euren helburuen artean honako hauek nabarmentzen dira: mina bezalako sintoma klinikoen kontrola, eta gaixo dagoen pertsonaren eta bere familiaren sufrimendua arintzea lortzeko arazo psikologiko, sozial eta espiritualak kontuan hartzea². Helburu horiek lortzeko, garrantzitsua da bizitzaren garrantzia berrestea, heriotza gertaera naturaltzat hartuz³, bere etorrera azkartzen edo atzeratzen ez duen prozesu bat ezartzea, mina eta beste sintoma batzuek arintzea, eta pazienteek eta familiak osatzen duten tratamendu-unitateari laguntza emateko sistema bat eskaintzea. Beraz, gaixo dauden pertsonak laguntza emango zaie, euren bizitza ahalik eta aktiboena izan dadin heriotzaren momentua heldu arte; beren senideei, berriz, laguntza emango zaie gaixotasunari aurre egin eta dolua pairatu ahal izateko.

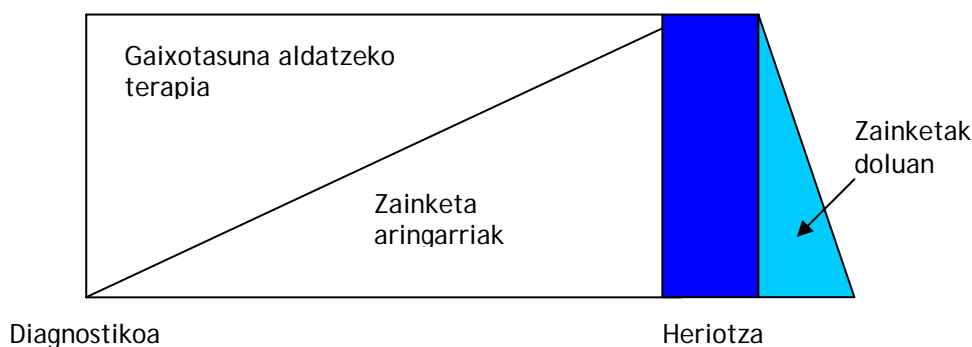
Tratamendu aringarriek interbentzio medikoak (erradioterapia eta kimioterapia esaterako) edo kirurgikoak barne hartzen dituzte; betiere, onurak arriskuen gainetik argi eta garbi jarri ahal direnean. Osasunaren Munduko Erakundeak (OME), 1990ean jadanik, prozedura aringarriak minbiziaren aurkako tratamenduaren osagaitzat hartzea gomendatzen zuen. 2002. urtean, minbiziaren programen garapenari buruzko bere argitalpenean⁴, dagoeneko klasikoak diren hiru atentzio-mailak (lehen mailako prebentzioa, bigarren mailakoa, eta diagnostikoa eta tratamendua), mina arintzeko eta zainketa aringarriei buruzko laugarren maila bat gaineratu zien. Azpimarratzen du, zainketa aringarriak goiz aplikatu behar direla gaixotasun hauen bilakaeran.

Bizitzaren bukaerako arazoak gaixotasunaren etapa goiztiar batean dute euren jatorria, eta hasieran tratatzen ez badira, oso zaila izaten da bizitzako azken egunetan kontrolatzea. Sintomak bizi-kalitatean eragina izateaz gain, gaixotasunaren bilakaeran ere eragina izaten dute. Beraz, minak depresioa sor dezake eta min hori zein kakexia berez urtero gertatzen diren milioika heriotzen erantzule izan daitezke edo gutxienez, kausa nagusia izan. Aitzitik, gaixotasunaren bilakaeran zehar sintomen hutsik gabeko kontrolak eragina izan dezake, ez bakarrik kalitatean, baizik eta bizitzaren iraupenean. Gaixotasunaren hasierako faseetan, nagusiki, terapia sendagarriak erabiliko lirateke, gaixotasunaren azken faseetan areagotuko ziren tratamendu aringarriak baztertu gabe.

Gorago esandako guztia ez da arraroa izango, zainketa aringarriek gaixo dagoen pertsona eta bere familia atenditzen duten profesional sanitarioen jarrera-aldaketa inplikatzeko dutela ulertzen bada. Honako hauek dira, zainketa aringarrien filosofia deitu izan denaren oinarriak: gaixotasunak sortutako egoera soziofamiliar berria ulertzea, sintomak kontrolatzeko beharra eta gaixo dagoen pertsona eta bere ingurunea arintzen eta kontsolatzen duten baliabideak bilatzea.

1. irudian, prozesu guztian zehar, dolua barne, senideen atentzioa inplikatzeko duten zainketa aringarrien irudikapen grafikoa aurkezten da. Terapia aringarriak, sendatu ezin den pertsonaren zainketetan sartzea eskatzen du. Gaixotasunaren prozesu guztian zehar, eta bere heriotzaren ondoren euskarri emozionala eta, batzuetan, sozioekonomikoa behar du.

1. irudia. Bizitzaren azken fasean dauden gaixoentzako zainketen jarraitutasuna.



2.- Analisi historikoa eta ingurunearena

2.1. Zainketa Aringarrien jatorria eta garapena nazioarte mailan

Gaur egun, "arindu" hitzak zenbait gaixotasun kroniko eta sendagaitzen indarkeria arintzea esan nahi du, jasangarriagoak eginez, eta "zaindu" hitzak, berriz, asistentziarekin lotuago dago. Horiek horrela, zainketa aringarriak ematea esaten denean, gaixotasun progresiboa⁵ duen pertsona baten bizikidetzaz erosoa egiteko asmoz laguntza ematea esan nahi da.

Zainketa aringarriari, 1967. urtean, Londresko *St. Christopher's Hospice* inauguratu zuen Cecily Saunders izeneko medikuak hasiera eman zien, *hospice*⁶ mugimenduaren sorrerarako bidea eman. Berari egozten zaio "zaindu jadanik ezin denean sendatu" esaldi ospetsua eta honako hauetan enfasi berezia jarri zuen: sintomen kontrola, diziplinarteko zainketak, zainketen jarraitutasuna eta senideen jarraipena gaixo dagoen pertsona hil ondoren. "Zainketa Aringarriak" terminoa Kanadan sortu zen 1975. urtean, Belfour Mount onkologoak Royal Victoria Ospitaleko Zainketa Aringarrietako Zerbitzua sortu zuenean. Termino unibertsalagoa da, programa-mota oro aipatzeko erabiltzeko aukera ematen duena. Mugimendu hori, azken 20 urteetan herrialde askotan hedatu da. Espainian, laurogeiko hamarkadaren bukaeran hasiera eman zitzaion, eta Katalunia izan zen zainketa aringarrien programa zabal bat garatzeko apustu egituratu bat egin zuen lehenengo autonomia-erkidegoa. Gainerako autonomia-erkidegoetan ekimen desberdinak gauzatu dira, ospitaleko unitateetan zentratuagoak, 2000. urtean Zainketa Aringarrien Plan Nazionala⁷ onartu zen arte, non bere garapenerako oinarriak moldatu baitziren.

Gaur arte egin diren egiaztatutako kalitate zientifikoari buruzko azterlanek, zainketa aringarrietan espezializatutako taldeen eraginkortasunari buruz behar adina proba⁸ eskaini dituzte, minaren eta beste sintoma batzuen kontrolari eta paziente eta zaintzaileen gogobetetzeari dagokionez. Talde espezializatuek atenditu dituzten paziente horiek, tumorea ikertzeko proba diagnostikoak egiteko eta berau sendatzeko tratamendu ez-aringarriak jasotzeko aukera baxuagoa daukate. Gainera, gizarte-zerbitzuek beraietaz arduratzeko eta ospitalean badaude banako gela bat edukitzeko aukera gehiago dituzte.

Saiakuntza kliniko batek, Donabedian irakaslearen ereduaren bitartez (egitura, prozesua eta emaitza) minaren tratamendua ebaluatu zuen, eta zera aurkitu zuen: minaren kontrol desegokiaren azpian dauden kausa nagusiak ez daukatela zerikusirik egiturazko baliabideekin, biziak eta prozesuaren osagaiekin, edo beste modu batean esanda, praktika klinikoarekin.

Talde espezializatu hauek egindako etxeko atentzioaren ebaluazio espezifikoak, gaixo proportzio handiagoa euren etxeetan hiltzen direla erakutsi du. Zainketetan kalitate hobea hautematen da, eta pazienteen eta senideen beharren identifikazioa espezializatu gabeko etxeko atentzioan baino hobea da. Aldi berean,

ohiko orduetatik kanpo Medikuntza Orokorreko kontsultetan jasotako bisita-kopuruak behera egiten du eta egoitza lagunduetan egondako denbora murriztu egiten da. Critchley epidemiologoaren ustez, talde espezializatu horiek ospitale-eremuko unitate batek koordinatzen baditu, paziente-kopuru handiagoa erakartzen dute. Egile horren eta Hearn jaunaren arabera, atentzio espezializatua tradizionala baino merkeagoa da, ospitaleratzeen eta ospitaleko egonaldien kopurua murrizten duelako.

Zainketa hauetan espezializatutako ospitaleek, halaber, sintomen kontrol hobea eta ohiko ospitalizazioak baino kalitatearen estandarren betetze hobea erakutsi dute. Unitate horietan ingresatzen duten pazienteei proba interbentzionista gutxiago egiten zaizkie, eta ospitale orokorretan denbora gutxiago egoten dira.

Akutuen ospitaleetan kokatutako unitate espezializatuak dagokienez, zainketen kalitateari buruzko estandarren jardura eta betetzei buruzko proba zientifikoak aurkitu dira. Erresuma Batuan, unibertsitate-ospitale bateko onkologia zerbitzuan ospitaleratzeen %23a tratamendu aringarria egiteko izan ziren; horrek, eguneroko jardueraren %34a adieraziko luke. Kimioterapia ez-aringarriak eragindako ospitaleratzeak, berriz, jardura osoaren %32a izan ziren. Australiar azterlan batek, zerbitzu osagarriak gutxi erabiltzen zirela eta alderdi psikologikoak historia klinikoan dokumentatzen ez zirela aditzera eman zuen.

Kostu-azterlanen azterketatik ondorioztatzen da, zainketa aringarriak koordinatuko dituen zerbitzu bat ezartzea ohiko zainketak baino errentagarriagoa dela, kostu-eraginkortasun terminoetan. Ospitaleratze gutxiago gertatzen dira, eta egote-egunak eta erizaintzako bisitak murriztu egiten dira. Esandakoaz gain, narkotikoak astiro eta etengabe hartu behar dituzten pazienteen etxeko atentzioak ospitalekoaren erdia balio zuela ikusi zen. Unitate espezializatuetan egindako ospitaleko zainketak ere, kostu-eraginkortasunari dagokionez, bizitzaren azken hilabetean ohiko ospitalizazioa baino garestiagoak izan dira.

Laburpen gisa esan daiteke, zainketa aringarriak "harresi-barruan" egin daitezkeela (espezializatutako ospitaleak edo ospitale orokorreko zainketa aringarrietako unitateak), baita etxean ere (etxeko zainketak). Asistentzia-eredu hoberena, bi agertokiak aldi berean erabiltzea izango litzateke. Etxeko zainketa aringarriak, pazienteen beharrak gogobetetzeko gai dira, ekonomikoki onuragarriak diren praktiken bitartez, batez ere azken 3 hilabetetan. Jakina, aldi berean, ospitalizazioa baino errentagarriagoak dira, espezializatua barne¹⁸.

2.2. Euskal Autonomia Erkidegoan bizitzaren azken fasean dauden gaixoen atentzioari buruzko historia

Azken urteetan, Euskal Sistema Sanitarioak aurrera egin du zainketa aringarrien arloan. Asistentziaren profesionalek eta osasun-zerbitzuak finantzatu eta hornitzen dituztenek bizitzaren azkenean gaixo dauden pertsonen atentzio egokia eskaintzeko izandako egonezina, orain dela hamar urte baino gehiago sortu zen. 1990. urteaz geroztik, pixkanaka-pixkanaka, paziente horien asistentzia hobetzeko ekimen desberdinak martxan jarri dira. Ekimenok, baliabideak integratzen zituen eredu

asistentzial baten antolamendu-esparruan barne hartzen ziren eta hiru fasetan gauzatu ziren.

Lehenengo faseak, **inpregnazio eta sentsibilizaziokoa** deitu zena, profesionalen etengabeko prestakuntzako zereginetan enfasi berezia jartzen zuen. Bere helburua, zainketa aringarrien arloan sentsibilizatzea eta oinarritzko ezagutzak ematea zen. Programa, Lehen Mailako Atentzioko profesionalentzat eta ospitale-eremukoentzat egin zen. Programa horiek, gaur egun, oraindik diraude.

Bigarren fasea, edo **baliabide espezifikoak esleitzekoa**, 1993an aurrekoarekin ezkutuan hasi zen, eta egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan (EELO) Zainketa Aringarrietako Unitateen (ZAU) kokapenarekin eta Etxeko Ospitalizazioko Zerbitzuen (EOS) etxeko atentzioaren garapenarekin gauzatu zen. Osagarri gisa, honako hauek garatu ziren: batetik, akutuen ospitaleetan min kroniko menderakaitza tratatzeko Minaren Unitateak; eta bestetik, gaixo dagoen pertsonari egunean zehar zainketak jasotzeko eta gauean bere etxera itzultzeko aukera ematen dion Eguneko Ospitale Medikoa.

Hirugarren faseari **“Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) Zainketa Aringarrien garapena finkatzeko Plana”** izena jarri zitzaion, eta 1998tik 2002. urtera arte luzatu zen. Plan horretan bi helburu finkatu ziren: lehenengoa, gaixoei bizitzaren azken fasean emandako laguntza hobetzean zetzan; eta bigarrena, paziente horien gerturatze terapeutikorako profesional sanitarioak sentsibilizatzean eta prestatzean. Garatutako ekintzak, batez ere, honako hauekin zerikusia izan zuten: batetik, gaixo dagoen pertsonaz arduratzen diren lehen mailako zerbitzuen garapena eta hobekuntza, eta bestetik, akutuen ospitaleetan zainketa aringarrietako talde kontsultore-koordinatzaileen ezarpena. Horietako lehenengoa Donostia Ospitalean eratu zen, 1999an; eta bigarrena, Txagorritxu Ospitalean 2000. urtean zehar.

Aldi berean, zainketa aringarrietan kalitatearen hobekuntzaren eta baliabideen garapenaren alde jarduteko beharra, 1994an argitaratu zen *“Euskadin Minbizia Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plan Integrala”*¹⁰. Minbiziari buruzko gomendioen 15 lehentasunen artean, honako hau sartu zen: *“Zainketa aringarrien plangintza, eta hala balegokio, egokitzapena edo garapena”*. Azkenik, *“2002-2010 Osasun Plana. Euskadirako Osasun Politikak”*¹¹ delakoan, arlo onkologikoaren esku-hartzeko estrategien artean *“Zainketa aringarriak, dauden beharretara egokitu behar direla”* planteatzen da.

2.3. Ingurunearen deskripzioa

Azken 20 urteetan zehar, zainketa aringarrien garapena oso desberdina izan da. Uste da estatu mailan dauden zainketa aringarrietako 206 unitateek, horietatik ehun etxez etxeko laguntza emateko taldeak dira, bizitzaren azken fasean dauden gaixoen beharren erdia betetzen dutela, eta urtero hiltzen diren 90.000 pertsonen herenak bakarrik unitate horietako batean egon direla. Katalunia, Kanariak, Euskal Autonomia Erkidegoa eta, zertxobait urrunduagoa, Madril, euren hiritarrei zerbitzurik hoberenak eskaintzen dizkieten erkidegoak dira¹².

Gaixotasun kronikoak dituzten pertsonak zaintzeko etxeetan eta ospitaleetan ematen den atentzioaz gain, akutuen ospitale handietan bizitzaren bukaeran zaintzeko unitate espezifikoaren sorkuntza berriki hedatzen ari da. Unitate horiek, dagoeneko martxan daude honako ospitale hauetan: San Pau eta Kataluniako Institutu Onkologikoan (Bartzelona), Gregorio Marañon eta la Paz (Madril), eta Juan Canalejo (Coruña). Beste ospitale hauek, berriz, martxan jartzeko fasean aurkitzen dira: Bartzelonako Ospitale Klinikoa, Germans Trias y Pujol eta Valentziako Klinikoa. Nafarroako Klinika Unibertsitarioa ere, unitate espezifikoari buruzko proiektu bat prestatzen ari da, eta oraingoz, era horretako pazienteetaz arduratzeko psikologo bat kontratatu du.

KATALUNIAN, azken 12 urteetan, Zainketa Aringarrietako Plan bat garatzen aritu da, OMEren proiektu pilotu gisa sortu zena eta bereziki etxeko atentzioaren antolaketaren aldeko apustua egiten zuena¹³.

Kataluniako Generalitateko Osasun eta Gizarte Segurantzaren Sailak, prestazio bakar batean gizarte- eta osasun-zerbitzuak integratzen zituen "Programa Vida a los Años" izenekoa sortu zuen. 1990. urtetik aurrera, urte horretan 15 talde sortu ziren, pixkanaka-pixkanaka etxeko atentzioari laguntza emateko talde (PADES*) berriak ezarri dira, eta gaur egun 48 daudeⁱ.

PADES delakoak, gaixotasun kronikoa edota endekapenezkoa duten pertsona nagusien eta bizitzaren azken fasean dauden pertsonen etxeko atentzioa hobetzeko tresna bat izan nahi du, eta ez du, inondik ere, Lehen Mailako Atentzioa ordezkatu nahi. Gaur egun, bere jardueraren askotako patologia duten pertsonenganantz abiatu da¹⁴.

Paraleluki, euren bizitzaren azken fasean dauden gaixoak bereziki atenditzeko guztira 400 ohe dituzten unitateak sortu dira ospitaleetan¹². Baliabideek orotara, minbizia duten gaixoen %60ri arreta eskaintzen diete.

KANARIEtan, 1989. urtean, Kanaria Handiko Las Palmaseko El Sabinal ospitalean Medikuntza Aringarriko Unitatea funtzionatzen hasi zen, kanpo-kontsulten zerbitzuarekin, ospitaleratze- eta etxeko atentzio arloarekin. Azken urteetan El Pino ospitale orokorrean integratu den toraxeko ospitale zahar batean kokatutako unitate bat da. Gaur egun, atal hori zentro soziosanitario batean birmoldatzen ari da.

Kanarietako osasun-planeari, helburutzat hauxe planteatzen zen: funtsean boluntarioen taldeek emandako etxez etxeko laguntza indartzean, morfina ematea erraztean eta osasun-zentroetan eta ospitaleko zerbitzu klinikoetan sintomak tratatzeko protokoloak izatean oinarritutako Zainketa Aringarrietako Plan bat egitea.

* Etxeko Atentzio Programa eta Laguntza Taldeak.

ⁱ Bere finantzaketa mistoa da, taldeen %31 baino ez dagoelako Kataluniako Osasun Institutuak kontratatuta. Gainerako %69a erakunde pribatuek kudeatzen dute, batez ere zentro soziosanitarioek.

Beste udal ekimen batek, 2002. urtean Etxeko Atentzioko Unitate Espezializatu bat martxan jarri du Pájara izeneko udalerrian, Fuerteventuraren hegoaldean. Diseinu horrek, urtean 35-50 pazienteri zainketak ematen dizkio; hortaz, udalerrriaren eskaria betetzen du eta irlako beste udalerrri batzuetako pazienteetaz ere arduratu daiteke. Medikuek, erizainek, psikologoek, gizarte-langileek eta boluntarioek osatzen dute.

NAFARROAN, Lehen Mailako Arretan egoera terminalean dagoen pertsona eta bere familia atenditzeko gidaliburu bat argitaratu da¹⁵. Bestalde, San Juan de Dios egonaldi ertain eta luzeko ospitalean Zainketa Aringarrietako Unitate bat dago, bertan ingresatuta dauden pertsonak atenditzeaz gain honako laguntza-zerbitzua egiten duena:

- ✚ 24 orduko telefono-kontsulta: astelehenetik ostiralera (8etatik 22etara) eta larunbatetan (8etatik 15etara), programari laguntza emateko mediku espezifikoko bat, eta gainerako ordutegian San Juan de Dios ospitaleko zaintzako langileak.
- ✚ Lehen Mailako Atentzioko taldeko langileekin batera egindako etxez etxeko bisita, zainketen planaren adostutako prestaketa eta balorazioa egiteko.
- ✚ Ebaluazio ambulatorioa.
- ✚ Lehen Mailako Atentzioko langileentzako Zainketa Aringarriari buruzko prestakuntza eta aholkularitza.
- ✚ Pazientearen ospitaleratzea.

Aipatutako zerbitzuak eskuratu ahal izateko, Lehen Mailako Atentzioko medikuek ZAUekin harremanetan jar daitezke. Era berean, ZAUko langileekin edo langile espezifikoekin ospitaleratze baten egokitasuna erabaki dezakete.

GALIZIAK Zainketa Aringarrien Galiziar Plan bat egin du. Etxeko atentzioa (EOS eta Lehen Mailako Atentzioa) indartzen duen plan bat da eta ohiko ospitalizazioa ahalik eta gehien murriztea du helburutzat.

SERGAS delakoak (Galiziako Osasun Zerbitzua) etxeko ospitalizazioko unitateak irekitzea indartuko du, orain arte ospitale handietan zeudenak eta eskualdeko ospitaleetara hedatuko direnak.

Planak, martxan jartzean, unitateen ebaluazioa erraztuko duten adierazleen garapena eta euren koordinazioa barne hartuko ditu. SERGAS delakoaren Programa Kontratuetan, Etxeko Ospitalizazioko unitateen ebaluazioari buruzko atal berezi bat sartu da.

ASTURIASek, ospitaleetako ZAUak hedatzean oinarritutako sare bat sortzearen eta baliabideak gehitzearen bidez etxeko atentzioa indartzearen aldeko apustua egiten du.

Erabakia justifikatzen da, batez ere, gaur egun gaixoen %60-70a ospitalean hiltzen dela kalkulatu delako.

Egonaldi labur eta luzeko ospitaleko unitate espezifikoak sortu nahi dira, banako gelek, ohe gehigarriekin, egongelak. Bereziki trebatutako langileak izango dituzte eta kanpo-kontsultak moldatuko dituzte.

ANDALUZIAN, prozesu asistentzial integratuaren bidezko kudeaketan oinarritutako Zainketa Aringarrietako Plana¹⁶ argitaratu da, zainketa aringarrien talde koordinatuak sortzean oinarritzen dena, eta arduraduntzat erreferentziako ospitaleko ZAUren mediku arduraduna duena. Taldeak pazientearen asistentzia koordinatzen du, zainketa aringarrietako programan onartua izan ondoren, bai Lehen Mailako Atentzioaren mailan bai ospitalizazio-mailan. Asistentzia espezializatua, akutuen ospitaleko zainketa aringarrietako unitatearen eta etxeko zainketa aringarrietako unitatearen bitartez ematen da. Horrez gain, egonaldi ertain eta luzeko ospitaleak dituzte, baita pazientearen bizi-kalitatearengan eragina duten biziki sintomatikoak diren arazoak agertzen direnean eskariaren arabera jarduten duten laguntza emateko unitate espezifikoak ere.

EXTREMADURAN, Zainketa Aringarrietako Esparru Programa¹⁶ bat egin da, Extremadurako Osasun Planaren proiektuari jarraipena emateko. Eskualdeko programaren hasierako antolamendu-ereduari, 8 osasun-barrutietako bakoitzean Laguntza emateko Oinarrizko taldeak ezarriz hasiera eman zaio. 2003. urtetik aurrera, guztira 15 mediku eta beste hainbeste erizain asistentziazko zereginetan lanean ari dira, gainerako profesionalei aholkularitza eta laguntza emanez, eta pazienteei zuzeneko arreta eskainiz, familiarako medikuak edo erreferentziako espezialistak eskatzen dutenean.

2. irudia. Zainketa aringarrien antolamendu-ereduak autonomia-erkidego desberdinetan.

Autonomia-erkidegoa	Antolamendu-eredua	Jarduketa-eremua
Katalunia	PADES eta Ospitaleko ZAUak	Etxeko eta ospitaleko atentzioa
Kanariak	Unitate isolatuak eta boluntarioen laguntza	Etxeko eta ospitaleko atentzioa
Nafarroa	ZAU egonaldi ertain eta luzeko ospitalea	Ospitaleko atentzioa eta lehen mailakoari laguntza ematea
Asturias	Ospitaleko ZAU (2tik 8rako gehikuntza)	Ospitaleko atentzioa
Galizia	EOS unitateak	Etxeko atentzioa
Andaluzia	ZAK koordinatzeko taldeak	Etxeko eta ospitaleko atentzioa
Extremadura	Laguntzeko oinarrizko taldeak	Etxeko eta ospitaleko atentzioa
PADES: etxeko atentzioari laguntza emateko taldeak ZAU: zainketa aringarrietako unitatea		EOS: etxeko ospitalizazioa ZK: zainketa aringarriak

3.- Egoeraren diagnostikoa

Diagnostikoa hiru ikuspegi desberdinetatik egiten da: bata epidemiologikoa, bestea baliabideen erabileran oinarritutakoa eta hirugarrena, izaera kualitatiboa duena, profesional sanitarioen artean jasotako iritzietan bermatzen dena.

Ikuspegi epidemiologikoa, batez ere, kausa espezifikokoak, eta zehazki esateko itzulezinak diren gaixotasun progresiboek, eragindako hilkortasunaren datuetan oinarritzen da. Metodoa baliagarria da, zainketa aringarriak beharko lituzketen pertsona guztiak identifikatzen dituelako, hala nola: tratamendu espezializatua jasotzen ari diren pazienteak, teoriarik jasotzen ez dutenak akutuen osasun-zerbitzuetan edo lehen mailako atentzioko talde ez-espezializatuek tratatzen dituztelako, eta baita gaixotasun horiek direla-eta hil arren behar ez dituztenak ere.

Osasun-zerbitzuen erabileran oinarritutako ikuspegiak beharren ebaluazioa egiteko abiapuntu egokia ematen du, unitate espezializatuetan atenditutako pazienteak eta eskuragarri dauden baliabideak identifikatzeko aukera ematen dituelako¹⁷. EAEren kasuan, ditugun informazio-sistemak kontuan hartuta, zainketa aringarrietakoak espezifikokoak ez diren ospitaleko unitateetan tratatutako pazienteak identifikatzeko aukera daukagu. Bi metodoak osagarriak dira, lehenengoak zainketak beharko lituzketen pertsona guztiak detektatzen dituelako, baina ez du tratatzen ari diren tokiaren berri ematen; informazio hori, bigarrenak emango luke. Hala eta guztiz ere, bietako bat berak ere ez ditu zainketa horiek beharko ez lituzketen pazienteak identifikatzen; horretarako, bibliografia zientifikokoak ematen dituen emaitzetan oinarritzea egokia izan daiteke.

Analisi kualitatibo horretaz gain, **ikerketa kualitatibo** bat egitea egokitzat jo da, esparru asistentzian lan egiten duten profesional sanitario desberdinen artean jasotako iritzien bitartez; horretarako, 2002. urtean gauzatu zen inkesta bat erabili da.

3.1.- Ikuspegi epidemiologikoa

2004. urtean, Euskal Autonomia Erkidegoan 18.684 pertsona hil ziren. Hilkortasun-tasa gordina 100.000 biztanleko 901 heriotzakoa izan zen, eta horrela banatu zen: 965 eta 840 heriotza 100.000 gizonezko eta emakumezko bakoitzeko, hurrenez hurren. Adinaren arabera doitutako tasa horiek, sexuen arteko desberdintasun handiagoa erakusten zuten, gizonezkoetan nabaritu zenak (741) emakumezkoena (384) bikoizten baitzuen. Hau da, emakumezkoak lehenengoak baino urte gutxiago biziko balira, haien arteko heriotzen kopuru absolutua gizonezkoengan gertatutakoaren erdia izango litzateke. Tasa estandarizatuen lurralde historikoaren araberrako banaketak, honako eredu hau erakutsi zuen, beheranzko ordenari jarraiki: ehun mila biztanleko 554 heriotza Bizkaian, 531 Gipuzkoan eta

502 Araban. Araban ikusitako tasa, EAE osokoa eta Bizkaikoa baino askoz baxuagoa izan zen (1. taula).

1. taula. Heriotza-kopuru osoa eta hilkortasun-tasak (x 100.000) EAEn, 2004.

	Kopurua	Tasa gordina	Tasa doitua [†] (KT ₉₅)
EAE	18.684	901	539 (531-547)
Araba	2.275	787	502 (481-523)
Bizkaia	10.388	934	554 (543-566)
Gipuzkoa	6.021	896	531 (517-545)

Iturria: Hilkortasun Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

[†]Europako populazio estandarra.

2004. urtean gertatutako heriotza guztietatik, tumore gaiztoek 5.309 eragin zituzten; beraz, hiru urteko (2002-2004) batez bestekoa 5.326 heriotzakoa izan zen. Pronostiko oso txarra duten beste gaixotasun kroniko batzuek, demenzia guztiak barne, eta heriotza-ziurtagirietanⁱⁱ aurki daitezkeenek 1.347 heriotza eragin zituzten (2. taula). 1998. urteaz geroztik tumore gaiztoen eta Alzheimer gaixotasunak eragindako kasu-kopuruak pixkanaka gora egin duela ikusi da, baina badirudi 2003. urtean kopuru hori egonkortu egin dela.

2. taula: Gaixotasun terminala sortzen duten kausek eragindako heriotzen urteko batez bestekoa. EAE, 2002-2004.

	EAE	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Tumore gaiztoak	5.326	635	3.020	1.671
Alzheimer	481	74	249	158
Beste demenzia batzuk	728	104	394	230
HIES	85	10	56	19
Alboko esklerosi amiotrofikoa	53	7	31	15

Iturria: Hilkortasun Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

ⁱⁱ Pluripatologia bezalako egoera kliniko konplexu batzuek paziente nagusietan ezin dira heriotza-ziurtagirietan identifikatu.

Minbizia dela-eta hiltzeagatiko banakako arriskua adierazten duten adinaren arabera doituako tasak, ez ziren oso desberdinak izan lurraldeak kontuan hartzean, Arabakoa eta Bizkaikoa ia nabarmentzen zirela alde batera utzi behar ez den arren. Lurralde historiko bakoitzaren zama asistentziala islatzen duten tasa gordinek, hilkortasun orokorrak zuen eredu berbera jarraitzen zuten, hau da, lehenengo Bizkaia agertzen zen, gero Gipuzkoa eta azkenik Araba (3. taula).

3. taula. Minbiziak eragindako heriotza-kopurua eta tasak (x 100.000) lurralde historikoaren arabera banatuta. EAE, 2004.

	Kopurua	Tasa gordina	Tasa doitu ^a (KT ₉₅)
EAE	5.309	256	171 (166-175)
Araba	644	223	158 (146-171)
Bizkaia	2.967	267	177 (170-183)
Gipuzkoa	1.698	253	166 (158-175)

Iturria: Hilkortasun Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

^a*Europako populazio estandarra.*

3.2.- Baliabideen erabileraren ikuspegia

3.2.1. Ospitalizazioa

Urteko ospitaleko hilkortasuna horrela definitu zen: denboraldian gertatutako ospitaleko alden kopurua, alta sorrarazten zuen egoera heriotza zelarik.

EAEen ingresatutako pazienteengatiko heriotzen urteko batez bestekoa, 2002-2004 hirurtekoan, 8.942koa izan zen; horrek, gutxi gorabehera, alta guztien %3a adierazten du. Ospitale pribatuak izan zuten hilkortasuna oso txikia izan zen (%2); egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan, berriz, %16koa izan zen.

4. taula. Heriotzak eragindako alta-kopuru osoa, urtearen eta ospitale-motaren arabera banatuta. EAE, 2002-2004.

	OSAKIDETZA/EOZKO OSPITALEAK				PRIBATUAK		GUZTIRA	
	AKUTUAK		EGONALDI ERTAIN-LUZEA		Altak	Heriotzak K (%)	Altak	Heriotzak K (%)
	Altak	Heriotzak K (%)	Altak	Heriotzak K (%)				
2002	204.859	6.474 (3,2)	7.138	1.079 (15,1)	67.207	1.275 (1,9)	279.204	8.828 (3,2)
2003	209.541	6.674 (3,2)	7.733	1.249 (16,2)	62.960	1.380 (2,2)	280.234	9.303 (3,3)
2004	213.927	6.510 (3,0)	7.491	1.246 (16,6)	63.760	1.479 (2,3)	285.178	9.235 (3,2)
Guztira	628.327	19.118 (3,0)	22.362	3.574 (16,0)	193.927	4.134 (2,1)	844.616	26.826 (3,2)

Iturria: Euskadiko Alten Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

2004. urtean Euskal Autonomia Erkidegoan hildako pertsonen guztizkotik, %44a ospitalean zeudela hil ziren, eta %6a urgentzietako zerbitzuetan. Minbizia, urteko ospitaleko 2.681 (%29) heriotzen erantzulea izan zen, azken gertakarian, batez beste 16 egunetako kontsumoarekin.

Aztertutako hiru urteen batez bestekoa aintzat hartuz, heriotza horien %65a akutuen ospitaleetan gertatu ziren, eta gertakari bakoitzeko egonaldiaren batez bestekoa 14 egunetakoa izan zen. Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleek (EELO) eta ospitale pribatuek paziente gutxiago atenditu zituzten, %17 eta %18 hurrenez hurren; baina azken gertakariko egonaldien batez bestekoa altuagoa izan zen, 19 eta 23 egun. Ez zen aldaketa handirik nabaritu aztertutako hiru urteen arteko alten kopuruan, bai, ordea, EELoren egonaldien batez bestekoan, 2002 eta 2003 urteetan %35eko jaitsiera izan baitzuen (5. taula).

Ospitale batean hiltzen ziren minbiziaz jotako pertsona gaixoak detektatzeko, sartzeko irizpide gisa hauxe erabili zen: batetik, ospitaleko alta izatea diagnostiko nagusitzat neoplasia gaiztoa edo tratamendu aringarria izanik; eta bestetik, alta heriotzak eragitea.

5. taula. Minbiziak eragindako ospitaleko hilkortasuna eta egonaldia, ospitale-
motaren arabera. EAE, 2002-2004.

	OSAKIDETZA/EOZKO OSPITALEAK		PRIBATUAK	GUZTIRA
	Akutuak K (be ^φ)	Egonaldi E-L [‡] K (be ^φ)	K (be ^φ)	K (be ^φ)
2002	1.684 (14)	450 (23)	452 (21)	2.586 (17)
2003	1.722 (14)	400 (18)	421 (25)	2.543 (16)
2004	1.689 (14)	444 (17)	548 (22)	2.681 (16)
Guztira	5.095 (14)	1.294(19)	1421 (23)	7.810 (16)

Iturria: Euskadiko Alten Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

[‡] Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleak.

^φ Batez besteko egonaldia egunetan.

Tumore gaiztoek eragindako ospitaleko hilkortasuna, gizonezkoengan emakumezkoengan baino sarriago eman zen. Proportzio horren desberdintasun txikiena ospitale pribatuetan nabaritu zen (6. taula).

6. taula. Neoplasia gaiztoek eragindako ospitaleko hilkortasuna (urteko batez
bestekoa), sexuaren arabera banatuta. EAE, 2002-2004.

	OSAKIDETZA/EOZKO OSPITALEAK		PRIBATUAK	GUZTIRA
	Akutuak K (%)	Egonaldi E-L [‡] K (%)	K (%)	K (%)
Gizonezkoak	1.090(64)	300 (70)	283 (65)	1.673 (64)
Emakumezkoak	608 (36)	131 (30)	191 (40)	930 (36)
Guztira	1.698(100)	431 (100)	474 (100)	2.392 (100)

Iturria: Euskadiko Alten Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

[‡] Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleak.

Espero zen bezala, minbiziak eragindako heriotzen lurraldekako banaketa ezagutu ondoren, kasuen proportzio altuena Bizkaian gertatu zela ikusi zen. Hala ere, egonaldiaren batez bestekorik baxuena zuen lurraldea izan zen (7. taula).

7. taula. Neoplasia gaiztoek eragindako ospitaleko hilkortasuna (urteko batez bestekoa) eta egonaldia, lurralde historikoaren arabera. EAE, 2002-2004.

	K (%)	Egonaldia egunetan (be ^φ)
EAE	2.552 ⁱⁱⁱ (100)	41.631 (16,3)
Araba	400 (16)	7.659 (19,2)
Bizkaia	1.335 (52)	20.322 (15,2)
Gipuzkoa	818 (32)	13.650 (16,7)

Iturria: Euskadiko Alten Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

^φBatez besteko egonaldia egunetan.

Akutuen ospitaleetan egindako ospitaleratzeak alde batera utzita, lurraldekako banaketa uniformea izan baitzen, asistentziazko beste bi modalitateen (HMLE eta pribatuak) banaketa desberdina izan zen lurralde historikoaren arabera.

Bizkaian, egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan atenditu ziren kasuen proportzioa nabarmentzen zen, eta Santa Marina eta Gorlizko ospitaleetan dauden Zainketa Aringarrietako Unitateekin (ZAU) bat zetozen. Araban eta Gipuzkoan, aitzitik, ospitale pribatuetan sarriago atenditzen ziren. Desberdintasun hori, lurralde bakoitzak dituen baliabideen berezitasunek eragiten zuten. Hortaz, Araban sare publikoko ZAU Lezako ospitalean dago, eta paziente gehienek itundutako Gasteizko zentro pribatu batean (Araba Klinika) ingresatzen dute. Gipuzkoan, ospitale pribatuen alta-kopuru altua zentro monografiko batek, Institutu Onkologikoa eta dagoen ZAU Bermingham Matía ospitalearekin itunduta egoteak eragiten zuen (8. taula).

8. taula. Neoplasia gaiztoek eragindako ospitaleko hilkortasuna (urteko batez bestekoa), lurralde historikoaren eta ospitale-motaren arabera banatua. EAE, 2002, 2003, 2004.

2002

	OSAKIDETZA/EOZKO OSPITALEAK		PRIBATUAK
	Akutuak K (be ^φ)	Egonaldi E-L [↓] K (be ^φ)	K (be ^φ)
EAE	1.648 (14)	549 (23)	443 (21)
Araba	276 (12)	25 (22)	87 (31)
Bizkaia	853 (13)	400 (23)	78 (17)
Gipuzkoa	519 (16)	18 (16)	278 (19)

2003

	OSAKIDETZA/EOZKO OSPITALEAK		PRIBATUAK
	Akutuak K (be ^φ)	Egonaldi E-L [‡] K (be ^φ)	K (be ^φ)
EAE	1.681 (14)	560 (18)	417 (25)
Araba	273 (14)	13 (19)	94 (41)
Bizkaia	894 (13)	349 (18)	59 (24)
Gipuzkoa	514 (15)	27 (15)	264 (20)

2004

	OSAKIDETZA/EOZKO OSPITALEAK		PRIBATUAK
	Akutuak K (be ^φ)	Egonaldi E-L [‡] K (be ^φ)	K (be ^φ)
EAE	1.663 (14)	554 (17)	534 (22)
Araba	314 (13)	22 (32)	95 (40)
Bizkaia	823 (13)	386 (17)	163 (17)
Gipuzkoa	526 (16)	31 (9)	276 (19)

Iturria: Euskadiko Alten Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

[‡] Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleak.

^φ Batez besteko egonaldia egunetan.

Honako hauek izan ziren, bizitzaren amaieran zeuden pazienterik gehien atenditu zituzten akutuen ospitaleetako zerbitzuak: Onkologia Medikoa (%29), Barne-medikuntza (%17) eta Kirurgia Orokorra (%13), guztizkoaren %59a bildu baitzuten. Hematologia Klinikoan eta Kirurgia Orokorrean, egonaldien batez bestekoak altuagoak izan zirela ikusi zen (9. taula).

9. taula. Akutuen ospitaleetan neoplasia gaiztoek eragindako ospitaleko hilkortasuna. Osakidetza/EOZ, 2002-2004.

	2002 K (be ^φ)	2003 K (be ^φ)	2004 K (be ^φ)
Onkologia Medikoa	500 (12)	511 (11)	485 (12)
Barne-medikuntza	267 (11)	246(11)	293 (10)
Kirurgia Orokorra	250 (17)	260 (19)	218 (19)
Digestiboa	113 (14)	149 (13)	107 (12)

Hematologia Klinikoa	95 (19)	96 (20)	111 (20)
Urologia	72 (16)	63 (13)	100 (13)
Pneumologia	68 (8)	66 (10)	66 (8)
Tokoginekologia	58 (9)	53 (10)	57 (9)
Onkologia Erradioterapikoa	54 (11)	65 (12)	56 (9)
Beste batzuk	207	213	196
Guztira	1.684 (14)	1.722 (14)	1.689 (14)

Iturria: Euskadiko Alten Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

♠ Batez besteko egonaldia egunetan.

Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan, paziente gehienak Zainketa Aringarrietako Unitateetan atendituak izan ziren (10. taula). Pazienteak hil egin ziren altako gertakarien %99aren batez besteko egonaldia, espero zezakeena izan zen.

10. taula. Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan neoplasia gaiztoek eragindako ospitaleko hilkortasuna. Osakidetza, 2002-2004.

	2002 K (be [♠])	2003 K (be [♠])	2004 K (be [♠])
Barne-medikuntza	203 (23)	111 (18)	119 (14)
Pneumologia	9 (29)	10 (17)	12 (26)
Zainketa Aringarrietako Unitatea	226 (22)	273 (18)	307 (18)
Beste batzuk (Onkologia Medikoa, Errehabilitazioa, etab.)	12	6	6
Guztira	450 (23)	400 (18)	444 (17)

Iturria: Euskadiko Alten Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

♠ Batez besteko egonaldia egunetan.

Ospitale pribatuek Institutu Onkologikoa, Bermingham Matía eta Araba Klinika bezalako zentroak barne hartzen dituzte; beraz, zerbitzuen araberrako pazienteen banaketa, aurreko bi modalitateen konbinazio bat da (11. taula).

11. taula. Ospitale pribatuetan neoplasia gaiztoek eragindako ospitaleko
hilkortasuna. EAE, 2002-2004.

	2002 K	2003 K	2004 K
Onkologia Medikoa	162 (19)	163 (18)	213 (17)
Zainketa Aringarrietako Unitateak	79 (27)	44 (27)	60 (39)
Barne-medikuntza	38 (11)	30 (17)	71 (11)
Medikuntza Orokorra	89 (31)	83 (41)	78 (39)
Beste batzuk (Erradioterapia, Kirurgia Orokorra)	84	101	126
Guztira	452 (21)	421 (25)	548 (22)

Iturria: Euskadiko Alten Erregistroa. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

Zentro publikoetako zein pribatuetako Zainketa Aringarrietako Unitateetan emandako atentzioari dagokionez, 12. taulan, 2004an ingresatutako paziente-kopurua adierazten da, euren patologiaren izaera onkologikoa edo ez onkologikoaren arabera banatuta.

12. taula. Bizitzaren amaieran ZAUⁿ atenditutako pertsona-mota eta ospitaleratze-kopurua. EAE, 2004.

OSPITALEA	2004			
	Onkologikoak		Ez-onkologikoak	
	K	%	K	%
Gorliz	77	23,7	248	76,3
Santa Marina	364	98,1	7	1,9
Leza	8	72,7	3	27,3
Araba Klinika	87	56	68	44
Matía Fundazioa	126	96,9	4	3,1

Iturria: Atentzio Espezializatuko Zuzendariordetza. Osakidetza/EOZ.

3.2.2. Etxeko Ospitalizazioa (EOS)

EOS, euren prozesu patologikoa apartekoa delako etengabeko zainketak behar dituzten paziente jakin batzuentzako ohiko ospitalizazioaren alternatiba bat da. Gaur egun, ondo egituratuta eta antolatuta dagoen diziplina anitzeko talde batekin eta ospitaleko euskarri teknologiko egokiarekin, zainketak etxean bertan hobeto egiten direla uste da. Honek oinarri terapeutiko gisa jarduten du, gaixo dagoen pertsona bere ingurune naturalean aurkitzen delako, bere familiarekin dagoelako; eta horrek, psikologikoki susperraldia hobetzean eragina du. Aldi berean, ospitaleratzeak dakartzan berezko arrisku-faktore guztiak saihesten dira, infekzio nosokomialak esaterako.

EAEEn, honako ospitale hauen menpe dauden Etxeko Ospitalizazioko 5 zerbitzu ditugu: Txagorritxu-Santiago, Basurtuko ospitalea, Gurutzetako ospitalea, Galdakaoko ospitalea eta Donostia ospitalea. Horien bidez, jarraian aipatuko diren tokietan bizi diren biztanleak atenditzen dira: Vitoria-Gasteiz, Bizkaiko Ezkerraldea, Bilbao, Galdakaoko ospitaletik 30 minutura isokronek mugatutako eremu geografikoa, Irun eta Zarautz artean dagoen eremua Gipuzkoan. Beraz, zerbitzu hau, batez ere, hirietako biztanleetaz arduratzen da.

13. taula. EOSko Zerbitzuetako ospitaleratze-kopurua, patologia-mota eta ospitalearen arabera banatuta. EAE, 2004.

	Txagorritxu Santiago	Donostia	Gurutzeta	Basurtu	Galdakao
Ospitaleratzeak (k)	888	762	1284	1214	275
Onkologikoak	89	79	333	254	90
Ez-onkologikoak	5	6	33	24	9
Bizitzaren amaieran dauden Paziente-kop. (%)	94 (11)	85 (11)	366 (29)	278 (23)	99 (36)

Iturria: Atentzio Espezializatuko Zuzendariordetza. Osakidetza/EOZ.

3.2.3. Lehen Mailako Atentzioa

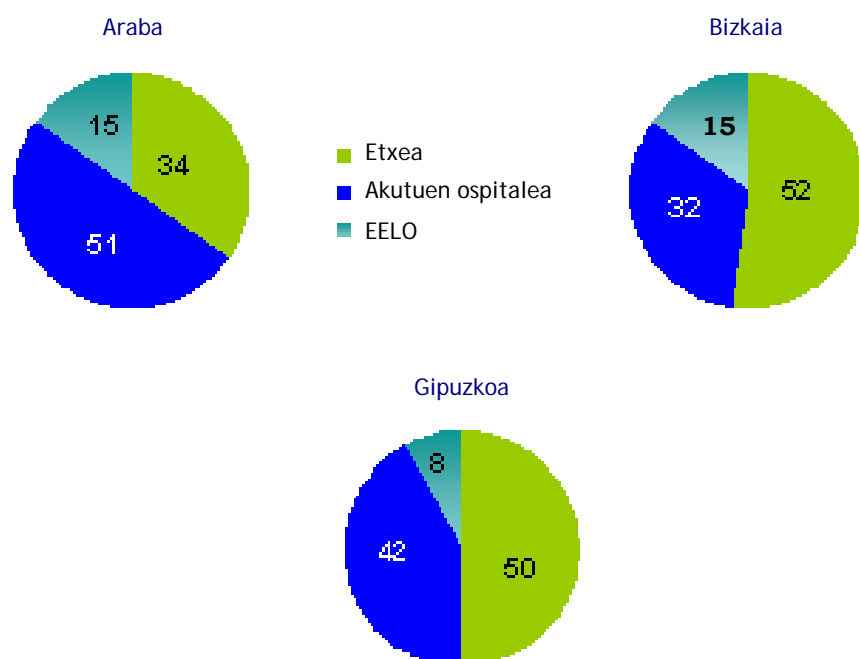
2004. urtean, EAEEn, gertatutako heriotzen 44,4a etxean bertan izan zirela kalkulatu da.

14. taula. EAEko heriotzen guztizkoaren banaketa, heriotza-tokiaren arabera, 2002-2004.

	Heriotzak K	Ospitalea K	Ospitaleko urgentziak K	Etxea K (%)
2002	18.619	8.288	1.202	49,0
2003	19.305	9.303	1.265	45,3
2004	18.684	9.235	1.152	44,4

Minbiziak eragindako hilkortasunean, etxean gertatutako heriotzen portzentajea %48koa izango litzateke, %52, %50 eta %34ko lurralde-banaketarekin Bizkaian, Gipuzkoan eta Araban, hurrenez hurren (3. irudia).

3. irudia. Euskal Autonomia Erkidegoan bizi diren minbizidun pazienteen heriotza-tokiaren banaketa, 2004.



Aztertutako aurreko denboraldiari dagokionez (1999-2001), lurraldekako desberdintasunek gora egin dute, Araban portzentaje horrek izandako gutxitze handia eta Bizkaiko gehitzea nabarmenduz.

15. taula. Desberdintasunak minbiziak eragindako hilkortasunaren lurraldekako banaketan, heriotza-tokiaren arabera. EAE, 2000 eta 2004.

Heriotzak etxean (%)		
	2000	2004
EAE	47	48
Araba	44	34
Bizkaia	47	52
Gipuzkoa	51	50

Ezin izan da sartu, urgentzietan minbiziak eragindako hilkortasuna; hortaz, etxeko hilkortasuna gehiegi estimatuta egongo litzateke. Hilkortasun orokorrerako urgentzien %a, %6koa izan zen.

Osakidetzako Lehen Mailako Atentzioko taldeak, egoera terminalean dauden pazienteek arduratzen dira eta euren jarduera, kudeaketa klinikoko kontratu/programa-kontratuen lehentasunezko eskaintzan sartzen da. Honako hauek dira, Lehen Mailako Atentzioko taldeetako profesionalak garatzen ari diren adierazleetako batzuk: estaldura-maila, zainketa-plana izatea eta zaintzaile nagusiaren identifikazioa edo arazo soziosanitarioen detekzioa.

Lehen Mailako Atentzioko historia kliniko elektronikoan erregistratutako informazioaren arabera, honako hauek dira CIE-9[♦] V66.7 kodetik abiatuz (Tratamendu aringarri/gaixotasun terminalerako onarpena) identifikatutako eta egoera terminalean dauden pertsonak:

- 2004. urtea: 499 paziente
- 2005. urtea: 537 paziente

Gainera, kontuan hartu behar da egoera terminalean dauden paziente hauetan gerta daitezkeela paziente batek egoera terminal bat izatea bere gaixotasunaren prozesuan eta bere historian beste CIE kode bat (gaixotasun gaiztoa edo Alzheimer esate baterako) agertzea.

Ez dago aurreko urteetako informaziorik, historia kliniko (HK) elektronikoaren eskuragarritasuna 2004. urtera arte ez delako hedatu. Laster, zentro guztiei buruzko informazio gehiago egongo da.

[♦] CIE-10 euskaratuta dago: GNS-10.

16. taula. Gaixotasun terminala diagnostikatu zaien paziente-kopurua, Lehen Mailako Atentzioko HK elektronikotik automatikoki ateratakoa. Osasun-eskualdekako banaketa.

ESKUALDEA	2004	2005
Arabako Eskualdea	36	69
Bilboko Eskualdea	81	105
Ezkerraldea - Enkarterriko Eskualdea	20	27
Gipuzkoako Ekialdeko Eskualdea	91	84
Gipuzkoako Mendebaldeko Eskualdea	151	151
Barrualdeko Eskualdea	105	78
Uribeko Eskualdea	10	23
EAE	494	537

3.3. Ikuspegi kualitatiboa. Hautemandako beharrak

Beharren aurreko analisi kuantitatibotik ondorioztatzen da, bizitzaren amaieran pertsonei ematen zaien atentzioari buruzko informazio gutxiago dagoela Lehen Mailako Atentzioko esparruan ospitalekoan baino. Horregatik, ikuspuntu kualitatibotik eskuratutako informazioak garrantzi berezia dauka.

3.3.1. Hautematea Lehen Mailako Atentzian

Lehen Mailako Atentzioko profesionalek, Zainketa Aringarrien arloan lehenengo behartzat egunean 24 orduz asistentzia etengabea mantentzea hautematen zuten.

Bigarren, Lehen Mailako Atentzia eta atentzio espezializatuaren arteko koordinazio ona ezartzeko beharra begiesten zen, baita gaixo dagoen pertsona atenditzera joan daitezkeen etxeko atentzioko talde guztien artean ere (urgentziak, Lehen Mailako Atentzioko medikuak, Etxeko Ospitalizazioa, elkarteak). Honako behar hauek hautematen ziren: altaren momentuan txostenak egitea, Lehen Mailako Atentzioko eta dagokion zerbitzuan mediku arduraduna identifikatzea, eta ospitalera, minaren klinikara edo Zainketa Aringarrietako Unitatera telefono bidezko sarbide erraza izatea.

Hirugarren, ezinbestekotzat jotzen zen gaixo dagoen pertsonaz arduratzen ziren profesional guztiei zainketa aringarrietako etengabeko prestakuntza ematea. Aipatutako prestakuntzaren arlo espezifiko bat haxe izango litzateke: funtzionatzeko guztientzako irizpideak koordinatzea eta sortzea.

Bizitzaren azken fasean dauden pazienteak atenditzeko bisitek, ohikoek baino denbora gehiago behar izaten dute. Horregatik, Lehen Mailako Atentzioko taldeak lan-ordutegiaren barruan bisitok antolatzeke arazoak izaten ditu.

Intentsitatea baxuagoa zen egoera hauetan: opiazeoak eskuratzeko zailtasunek, taldean bertan antolamendu desegokia, eta Lehen Mailako Atentzioko medikuntzan pazienteek eta senideek zuten konfiantzarik eza.

Dauden baliabideei dagokienez, gaur egun Lehen Mailako Atentzioko sarean ez dago zainketa aringarrien zerbitzu espezifikorik. Hau da, ez dago zainketa aringarriak koordinatzen dituen talderik (laguntza eta koordinazio asistentziala, prestakuntza gehiago), ezta etxez etxeko zerbitzuari laguntza emateko (zuzeneko arretakoak) talderik ere.

3.3.2. Hautematea Ospitaleko Atentzioan

Atentzioaren zentzu zabalean, asistentziaren jarraitutasunean nolabaiteko desberdintasuna hautematen zen. Pazienteak erraz zerbitzuetarako sarbidea lortzen duten kasuak izan arren, egoera errazki maneiatzeko aukera ematen duen atentziolari buruzko plan egoki bati etekina atereaz, ez da beti gauza bera gertatzen. Zerbitzura sarbidea izan ondoren asistentzia ona zela susmatzen zen, baina familiari egokia den unitatea zein zen asmatzea kostatzen zitzaiola. Eta hori horrela izan daiteke, gaixoak atenditzeko zirkuituan beharrezkoak ez diren ekintza ugari daudelako.

Era berean, euskarri emozionala bermatzeko beharra ikusten zen, lehen mailako profesionalak zein onkologiakoek eta inplikaturako gainerako zerbitzuetakoek, sintomen kontrolarekin batera, euskarri emozionalarekin zerikusia duten eginkizunak betetzen dituzten arren.

Gainera, orokortuta dago zainketa aringarriak beranduegi ezartzen diren hautematea. 1997. urteko datuak aztertzen zituen eta Euskal Autonomia Erkidegoan egin zen azterlan batean¹⁴, gaixotasun terminalaren diagnostikoaren eta heriotzaren artean igarotako denboraren erdiko balioa 3 egunetakoa zela ikusi zen. Egoera hori hobetu dela pentsatzeak arrazoizkoa dirudien arren, ez dira martxan jarri hori egiaztatzeko aukera ematen duten azterlan gehiago.

Akutuen ospitaleetan dauden baliabide espezifikoak aholkulari-koordinatzaileez osatutako taldeak dira, eta barne eta kanpo-kontsultak egin dituzte nabarmena eta goranzkoa den kopuruan. Zalantzarik gabe, eragin positiboa izan dute prestakuntza zuzenean eta zeharkakoan, euren ospitaleetako profesionalen trebakuntzan eta tratamenduen kalitatean. Hala ere, beren zeregina ez dago ondo mugatuta, alde batetik ospitaleko profesional batzuek euren eginkizuna beste kudeaketa-unitate bat bezala hartzen dutelako eta ez pazienteari arreta zuzena emateko unitate gisa. Bestalde, familiek ez dute kontsulta egiteko talde horietarako sarbide zuzenik, beste profesional batek bideratzen ditu; eta horrek, bere eragingarritasunean disfuntzio adierazgarriak sorrarazten ditu.

Etxeko Ospitalizazioak etxez etxeko zainketan ere eginkizun garrantzitsua betetzen du, egonaldien %15a bizitzaren amaieran dauden pazienteei eskaintzen dietelako. Hiru lurraldeetan duen jarduera ez da homogenea. Kontuan hartu behar da, gainera, EOS zerbitzuen estaldura geografikoa mugatua dela, eta biztanleriaren %100arekiko duen hedapena, osasun-sare publikoaren esparruan, hain garestia izango litzateke ezen ez bailitzateke eraginkorra izango.

Zainketa aringarrietako unitate espezifikoak dituzten egonaldi ertain eta luzeko ospitale publiko eta pribatuek, minbizia dela-eta hildako pertsonen %13a baino ez dute hartzen, eta kausa hori dela-eta ospitalean hiltzen direnen %25a. Kalitatezko atentzioa eskaintzen duten zerbitzuak dira, eta ez bakarrik sintomak kontrolatzen dituztelako, baizik eta langileen jarrerarengatik eta ostalaritzarekin zerikusia duten alderdiengatik. Pazienteei harrera egitean ez dago berandutzerik eta jarraitutasunak nahiko ondo funtzionatzen du. Xede-populazioaren estaldura baxua, eskuragarritasun geografiko txarrak, familiaren mesfidantzak eta pazienteak akutuen ospitaleetan harrapatuta egoteak eragin dezakete.

4.- Hobetzeko arloak

Egindako diagnostikoaren ondoren, bizitzaren azken fasean dauden pertsonen atentzian hobe daitezkeen honako arlo hauek identifikatu dira:

✓ **ETENGABEKO ASISTENTZIA ETXEAN (EGUNEAN 24 ORDUZ ASTEKO 7 EGUNETAN):**

Bizitzaren amaieran dauden pertsonak, heriotzaren tokia edozein dela ere, denborarik gehiena euren etxean igarotzen dute. Pertsona hauek zein euren senideek, etengabea den premia-egoera nabaritzen dute; batetik, kontrolatzen zailak diren sintomak bat-batean agertzen direlako; eta bestetik, zainketa nagusiaz arduratzen diren pertsonak amore ematen dutelako. Momentu larri horietan, arreta sanitario urgentearen eskaria sarrien erabiltzen den baliabidea da, eta asistentziaren jarraitutasuna zaildu egiten da solaskide eta telefono ugari daudelako ordutegiaren arabera.

✓ **ZERBITZU ETA MAILA ASISTENZIALEN ARTEKO KOORDINAZIOA:**

Zerbitzu eta maila asistentzial desberdinen arteko komunikazioa eta koordinazioa ez dira beti egokiak izaten. Zainketa aringarriak, asistentzia integralaren adibiderik hoberenetako bat izan beharko lirateke; eta asistentzia horretan, bizitzaren azken fasea eragin duen prozesu patologikoak ez luke garrantzia handirik eduki beharko. Jarraitutasunaren defizita dago, bai Lehen Mailako Atentzio eta atentzio espezializatuaren artean, bai gaixo dauden pertsonak etxeetan atenditzen dituzten talde desberdinen artean (emergentziak, Lehen Mailako Atentzioa, etxeko ospitalizazioa, boluntarioen elkarteak eta gizarte-zerbitzuak).

✓ **ESTALDURA GEOGRAFIKOA:**

Gaur egun, zerbitzu jakin batzuen eskaintzak ez dauka banaketa homogeen bat; hortaz, bizilekuaren gune geografikoak horien eskuragarritasuna baldintzatzen du. EOS zerbitzuak, eskuragarritasunean dauden desberdintasunen adibide dira, jeneralean euren erreferentziako biztanleak hiriguneetan bizi diren pertsonak direlako. Antzeko zerbait gertatzen da boluntarioen elkarteek ematen duten laguntzarekin.

✓ ZAINKETA ARINGARRIEN HASTAPENA GAIXOTASUNAREN BILAKAERAN:

Zainketa aringarrietan lan egiten duten profesionalen ustetan, pazienteek zainketa horiek beranduegi eskuratzen dituzte. Tratamendu aringarria ezartzeko orduan dagoen zailtasun handienetako bat, bere hasierari buruzko, hau da, sendatzetik zaintzera igarotzen den momentuari buruzko irizpide objektibagarrien definiziorik ezean datza. Trantsizio horrek, honako hau inplikatzen duen praktika klinikoaren aldaketa dakar: helburu sendagarri edo diagnostikoekin terapia erasotzaileak erabiltzen ez dituen praktika klinikoa, eta pazientearen erosotasuna lortzeko terapia aktibo batengatik ordezkatzea.

Oro har, "bizitzaren azken fasea" deitzen dugun horrek, zenbait etapa aurkezten ditu, hala nola: egonkorra, sintomatikoa, gainbeherako fasea, eta azken fasea edo agoniakoa. Etapa baten eboluzioa bat-batekoa edo pixkanakakoa izan daiteke, eta ez dago aurreratuko botere altua duten biziraupen zehatz baten faktore pronostikorik¹⁸. Pertsona bat zainketa aringarrien programa batean sartzeko momentua hauen esku dago: batetik, gaixotasunak jadanik ez duela tratamenduari erantzuten eta denbora-tarte laburrean erremediorik gabe heriotza eragingo duela aintzat hartzeko trebetasun profesionala; eta bestetik, behar bezala informatuta dagoen gaixoaren eta bere familiaren nahiak.

✓ EUSKARRI EMOZIONALA:

Bizitzaren bukaerako atentzio integralak, bere sintomaren kontrolaz gain, arazo psikologikoen, sozialen eta espiritualen tratamendua ere barne hartzen du ingurune fisiko eroso batean. Gaur egun, gaixo hauei atentziorik emateaz arduratzen diren profesionalak euskarri emozionalarekin zerikusia duten eginkizunak betetzen dituzten arren eta, gainera, psikologia eta psikiatriako baliabide espezifikokoak egon arren, oraindik ez da zainketa aringarrien esparru guztietan behar bezala integratuta dagoen jardura bat.

✓ LEHEN MAILAKO ATENTZIOAN BIZITZAREN AMAIERAN DAUDEN PAZIENTEEI EMATEN ZAIZKIEN ZAINKETEN ZERBITZU-ZORROA:

Lehen Mailako Atentzioko taldeen zereginen barruan etxez etxeko asistentzia sartzen da, programa-kontratuen lehentasunezko eskaintzan agertzen den bezala. Lehen Mailako Atentzioko profesional mediko asko, ez daude zainketa aringarriekin oso ohituta, urtean zehar paziente-mota horietako gutxi ikusten dituztelako; hortaz, zaila da arlo horretan ezagutza- eta esperientzia-maila altua mantentzea.

Lehen Mailako Atentzioan bizitzaren amaieran dauden pazienteei ematen zaien atentzioa ez da, orain arte, atentzio onaren irizpide espezifikoekin begietsi, eta ez dago eskuragarri ditugun baliabideak eta aukerak behar bezala dinamizatzen duen figurarik. Horrek guztiak, aurrerago aipatutako koordinazio- eta jarraitutasun-arazoez gain, beste oztopo batzuk dakartza, hala nola: prestakuntzaren eskasia, zailtasunak narkotikoen preskripzioan eta antolamendu desegokia Lehen Mailako Atentzioko taldean bertan.

✓ **TALDE KONTSULTATZAILEAK OSPITALE OROKORRETAN INTEGRATZEA:**

Beste zerbitzu batzuetan sintomen kontrola, kanpo-kontsultak, altaren ondorengo koordinazioa eta irakaskuntza bezalako alderdietan eginkizun handia egin duten arren, talde kontsultatzaileak oraindik ospitaleko antolaketan ez daude behar bezala integratuta eta, ziur aski, ez dira behar bezala aintzat hartzen.

✓ **EGONALDI ERTAIN ETA LUZEKO OSPITALEETAN KOKATUTAKO ZAINKETA ARINGARRIETAKO UNITATEEN ESTALDURA:**

Atentzio espezifikoko unitate horien erabilera, espero dena baino baxuagoa da. Hori horrela da, hainbat arrazoiengatik, hala nola: pazientea eta familiaz arduratu den zerbitzuarekiko leial bihurtzea, eta, beharbada, hiritarrek unitate horietaz izan dezaketen irudi negatiboa.

✓ **INFORMAZIOA ETA KOMUNIKAZIOA:**

Paziente-mota horien atentzioak, sarritan, familien esker ona eta kexak sorrarazten ditu. Neurriak kontrakoak izan arren, zorion eta kexa horiek elkarren antzekoak dira informazioari, dedikazio-denborari, erizaintzaren jarrerari eta azken prozesu guztian zehar talde medikoaren arteko pertsona erantzulearen presentzia edo ez egoteari dagokionean. Bizitzaren fase horretan, heriotza hurbil dagoelarik, profesional, paziente eta familiaren arteko enpatia funtsezkoa da. Horregatik, honako hauek nahitaezko tresnak dira: aurreikus daitekeen egoerari eta eboluzioari buruz egiaz informatzea, eta komunikazio ona, azaltzeko eta ulertua izateko, edozein gaixotasun larrik ematen dituen gizarte-bazterketako sentimenduak eta oztopo kulturalak gainditzeko interesa bezala adierazia. Jarrera horrek familiari, edo gaixo dagoen pertsonari ulertzeko moduan badago, erabakiak hartzean parte hartzeko prozesuari buruzko informazio egokia jasotzeko aukera ematen die.

5.- Helburu estrategikoak

Egindako diagnostikotik abiatuz, EAEn bizitzaren azken fasean dauden pazienteen atentzioaren etorkizuneko garapenerako beharrezkoak diren helburu estrategikoak, orokorrak zein espezifikoak, ezartzen dira:

1. **Bizitzaren amaieran dauden pertsonen atentzioaren kalitatea hobetzea, zainketen jarraitutasuna eta maila asistentzialen arteko koordinazioa eta gizarte-zerbitzuekin lankidetzan aritzea bermatzen duten osasun-zerbitzuen horniduraren bitartez.**

Egoeraren analisiaren eta ditugun baliabideen azterketatik zera ondorioztatu daiteke: EAE osoan eta oro har, bizitzaren azken fasean zainketak behar dituzten pertsonak, zainketa horiek publikoak edo kontzertatuak diren dispositibo desberdinetatik jasotzen dituzte.

Hala ere, atentzio hori kualitatiboki hobe daiteke, hobetzeko arlo garrantzitsuak detektatu baitira, horien artean maila asistentzial desberdinen arteko koordinazioa, funtsean Lehen Mailako Atentzioaren eta atentzio espezializatuaren artekoa, dela etxeko atentzioari dagokiona dela ospitaleko atentzioari dagokiona. Pazienteek eta senideek prozesuan zehar modu errazean eskura dezaketen zerbitzu asistentzial integratu eta integral gisa hautemandako zainketetan jarraitutasuna lortu nahi da.

Bestalde, argi dago gaixotasunarekin batera, izaera sozialarekin zerikusia duten arazoak askotan gertatzen direla, gaixo dagoen pertsonaren bizi-egoeraren ezaugarriek propioek okerragotzen dituztenak. Beraz, ezinbestekoa da prestazio sanitarioak eta sozialak asistentzia soziosanitarioaren esparruan bateratzea, pertsona horien behar orokorren estaldura biziaren mesedetan.

2. **Dispositibo asistentzialak euren bizitzaren azken fasean atentzioa behar duten pertsonetara egokitzea, egokia den zainketa aringarrien hasiera, etxeko asistentzia, erakundeen aldetiko asistentzia eta euskarri emozionala bermatuz.**

Proposatzen den eredu asistentziala bi mailatan egituratzen da: batetik, etxeko atentzioa, lehentasunezko izaera ematen zaiona etxea delako

atentzia jasotzeari dagokionez pazienteek eta senideek nahiago duten tokia; eta bestetik, ospitaleko atentzia, etxeko asistentzia posible ez den kasuetan erabiltzen dena.

Maila asistentzial bi horien estaldura, profesional-aukera zabaletara irekita dago; profesional horiei ez zaie espezializaziorik eskatzen zentzu hertsian, baina bai eskarmentu- eta prestakuntza-maila bat, gutxienez asistentzia-multzoaren euskarritzat hartzen diren egitura jakin batzuei dagokienez.

Beharrezkoa da dispositibo asistentzialak zainketa aringarriak behar dituzten pertsonen beharretara egokitzea, lehenengo helburutzat zainketen hasieran goiztiartasuna izanik, euren eraginkortasunik altuena bermatzearren.

Familiako medikuntza, helburu hori betetzeko zati nagusitzat jotzen da; hala ere, ez da ahaztu behar, batzuetan, profesionalak Lehen Mailako Atentzioko euren esparruko laguntza edo beste maila batzuetako profesionalen euskarria izan behar dutela. Zentzu horretan, zera planteatzen da: gaur egungo etxeko ospitalizazioko taldeak, orain arte egindako zeregina betetzen jarraitzeaz gain, Lehen Mailako Atentzioari laguntza emateko baliabide bat sortzea, sintomak kontrolatzeko eta arazo kliniko konplexuak konpontzeko eskarmentu handiagoa duten profesionalen esku-hartzea behar duten kasu konplexuetan.

Ospitale-mailan, akutuen ospitale bakoitzerako antolamendu desberdina egitea posible da, zenbait ospitale orokorretan dauden egungo talde koordinatzaileek unitate espezifikoen oinarria osa dezaketen arren, beren oheekin edo oherik gabe, sintomatologia konplexua duten pazienteak atenditzeko eta, ospitale barruan, kalitate asistentzialaren eta ezagutza hedatzeko erreferentzia-zentroa izan daitezke. Bestalde, Egonaldi Ertain eta Luzeko Ospitaleetako Zainketa Aringarrietako Unitateek, pazienteen eta senideen beharretara egokitutako ospitale-gune bat bermatzen jarraituko dute.

Azkenik, prozesu asistentzialaren barruan, ahal den neurrian senideei eta zaintzaileei zabal daitekeen euskarri emozionala bermatu behar da; horrek, psikiatria eta psikologiako zerbitzuen, profesional sanitario multzoaren eta boluntarioen lankidetzaren berrantolaketa aldetik ahalegin bat egitea eskatuko du.

3. Osasun-sistema publikoan lan asistentziala erraztuko duten elementuak sartzea, prestakuntzaren, ikerketaren eta ebaluazioaren bitartez.

Bizitzaren azken fasean dauden pazienteen atentzioak konplexutasun-maila altua dauka, batzuetan profesional sanitarioak goititzen dituen, hala alderdi kliniko jakin batzuen erabilerari nola konplexuak diren egoera emozionalei aurre emateari edo aurkez daitezkeen arazo bioetikoei irtenbidea aurkitzeari dagokionez.

Kasu horietan tratamenduan eskarmentua izatea, egoera konplexu horiek gainditzeko balio erantsirik handiena duen elementutzat hartu behar da, etengabekoa eta asistentzia-maila bakoitzari eta osasun-lanbide bakoitzari egokitutako prestakuntza gutxietsi gabe.

Esandakoaz gain, zainketa horiek etorkizun hurbil batean planteatuko dituzten erronkei aurre hartzeko Osasun-sistemari lagunduko dioten osasun-zerbitzuak ikertzeko bideak sustatu behar dira.

Azkenik, eta Osakidetza/EOZko 2003-2007 Kalitate Planaren estrategiekin bat etorritik, antolaketa-maila desberdinetatik hasitako jarduketan ebaluazioa egiteko aukera ematen duten erregistro-sistemak sartzea komeni da.

4. Hiritarren parte-hartzea sustatzea eta euren eskubideak bermatzea, pertsona guztiek heriotza duina izateko aurretiazko borondateak adieraztea erraztuz eta boluntarioen elkarten zereginaren alde eginez.

Plan estrategiko horren epizentroa euskal hiritarrak dira eta horri jarraiki, EAEko hiritar guztiei maila desberdinetan bertan parte hartzeko elementuak erraztu behar zaizkio. Elementu horien artean, izaera ofiziala dutenak sartzen dira, esate baterako: Osasunaren Euskal Kontseilua edo Minbiziaren Aholku Batzordea.

“Osasun-arloko aurretiazko borondateak” esamoldea, tratatuak izan nahi duten baldintzak, aplikatuko zaizkien muga terapeutikoak eta heriotzarik duinena izateko dituzten helburuak aditzera eman nahi dituzten EAEko pertsona guztiek duten eskubide bat da. Eskubide hori ez dago biztanleen artean behar bezala hedatua, eta berau zabaltzeko ahaleginak egiten jarraitu beharko da, lehenengo eta behin gogobetetasuna gehitzeko eta lan asistentziala errazteko eta mugatzeko asmoarekin.

Bestalde, boluntarioen elkarteek zeregin garrantzitsua betetzen dute zainketa aringarrien esparruan, pazienteen eta euren senideen ongizatea lortzeko eta kontsolatzeko ekintzak garatzen dituztelako. Elkarteon jarduketak, profesional sanitarioek egiten duten lana osatzen dute. Horrela, osasun-taldeak komunitatearekin uztartzeko elementu bikain bihurtzen dira; eta horri esker, euskarri emateko atmosfera bat sortzen da.

6.- Helburu espezifikoak eta jardunbideak

1. HELBURU OROKORRA: Bizitzaren amaieran dauden pertsonen atentzioaren kalitatea hobetzea, zainketen jarraitutasuna eta maila asistentzialen arteko koordinazioa eta gizarte-zerbitzuekin lankidetzan aritzea bermatzen duten osasun-zerbitzuen horniduraren bitartez.

Helburu espezifikoak:

- 1.1. Lurralde Historiko bakoitzeko Plan Asistentzial bat diseinatzea.
- 1.2. Osasun-arloan, bizitzaren azken fasean eman beharreko atentzioaren eskaintza arautzea.
- 1.3. Bizitzaren azken fasean dauden pazienteen atentzioa, atentzio soziosanitariorako zerbitzuen katalogoaren barruan sartzea.

Plan estrategiko hau, EAE guztirako berbera dena, hiru osasun-arloetan oinarritzen da garatzeko, eta Osasun Saileko Lurralde Zuzendaritzetan diseinatutako plan asistentzialen bitartez martxan jarri beharko da. Plan horiek, helburuak eta jardunbideak gauzatu dituzte, objektibagarriak eta ebaluagarriak diren ekintza zehatzen bidez. Laburbilduz, gune estrategikoa Saileko erakunde nagusiaren mailan kokatzen bada, bere Lurralde Zuzendaritzak gune eraginkor batean osatzen dira, eta gune horren inguruan jarduketa desberdinak hedatuko dira.

Plana hedatzeko beharrezkoak diren jarduketak, behar besteko finantza-askitasunetik abiatuz arautuko dira. Finantza-askitasun horrek, osasun-zerbitzuen kontratazioa eta ituntzea egiteko aukera emango du. Osasun zerbitzuok, beren aldetik, pazienteari bideratutako zerbitzua bermatu ahal izango dute, ondo definitutako kalitate-baldintzekin.

Gainera, atentzio sozio-sanitarioaren aholku batzordeek, prestazio sanitario eta sozialak integratzea azpimarratuko dute, zainketak jaso behar dituen pertsonan integratutako esparru komun batean.

Jardunbideak:

- Lurralde Zuzendaritzak, plan asistentzialen prestaketa eta jarraipenaren erantzule egitea.
- Asistentzia sanitarioa eta soziala integratzeko aukera emango duen koordinazio-talde bat eratzea.
- Programa Kontratuetan, zainketa aringarriak prozesu bereizi bezala sartzea.

- Zerbitzuak sanitate pribatuarekin ituntzea, plan asistentzian ezarritako jardunbide egokietarako parametroen arabera.
- Asistentzia sanitarioa eta soziala bateratzeko, udalekin eta aldundiekin lankidetzaren hitzarmenak ezartzea.

2. HELBURU OROKORRA: Dispositibo asistentzialak euren bizitzaren azken fasean atentzioa behar duten pertsonetara egokitzea, egokia denean zainketa aringarrien hasiera, etxeko asistentzia, erakunde aldetiko asistentzia eta euskarri emozionala bermatuz.

Helburu espezifikoak:

2.1. Zainketa aringarrian gaixotasun terminalaren bilakaeran goiz sartzeko mekanismoak ezartzea.

2.2. Bizitzaren azken fasean dauden pertsona-kopururik handiena beren familia-ingurunean zainduak izatea lortzea.

2.3. Erakundetutako asistentzia-maila bakoitzari egokitutako espezializazio-maila eskaintzea.

2.4. Pazienteen egoerara egokitutako euskarri emozionala bermatzea eta euren senideei hedatzea.

Paziente bakoitzaren zainketa aringarriak goiz hasita, funtsean, bere mediku arduradunaren jarreraren esku dago, baina zerbitzu asistentzialen eskuragarritasuna ere kontuan hartu behar da. Beraz, beharrezkoa da bi alderdi horiek azpimarratzea.

Plan asistentzialek, bizitzaren azken fasean euren etxeetan zaintzen dituzten pazienteen portzentajearen gehikuntzari buruzko helburu zehatzak ezarri beharko dituzte. Horretarako, etxeko atentzioaren eskaintza gehitzeaz gain, zaintzaileetan zein pazienteetan ezarritako "ospitalea gunetzat duten errotze" jakin batzuk gainditzen saiatu beharko da.

Gaixo dagoen pertsonak bere prozesuaren bilakaeran aurkez dezakeen arazoari hobeto bideratutako zainketarako sarbidea, etxean zein ospitalean zainketen aukera bereizi bat eskaintzaren bitartez erraztu beharko da, eta aukera horren barruan unitate espezifikoak eta ez-espezifikoak egongo dira.

Paziente bakoitzak, bere zainketa-planaren barruan, bere mediku arduradunak eta, beharko balu, osasun-arloko profesionalen laguntzarekin, bere egoera emozionalari laguntza emateko beharrezkoak diren baliabideak ezarrita eduki beharko ditu. Laguntza hori, ahal den neurrian, senideei eta zaintzaileei hedatu egingo da.

Jardunbideak:

- Zainketa aringarrien balio positiboari dagokionez profesionalen kultura azpimarratzea eta zenbat eta arinago ezarri orduan eta eraginkorragoak diren ezagutza hedatzea.
- Eskualde mailan, Lehen Mailako Atentzioko taldeek etxeko atentzioari buruzko diagnostiko bat egitea eta lurralde planari egokitutako Jarduketa Plan bat prestatzea.
- Etxeko Ospitalizazioko Zerbitzuetan estaldura hedatzea eta Lehen Mailako Atentzioari laguntza ematen dioten taldeei egokitzea.
- Akutuen ospitaleetan talde aholkulariak finkatzea eta aztertzea, zentro bakoitzean, ohe espezifikoak esleitzearen egokitasuna.
- Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan Zainketa Aringarrietako Unitateak mantentzea eta, ahal izanez gero, sustatzea.
- Pazienteei, senideei eta zaintzaileei euskarri emozionala bermatu ahal dieten atentzio psikiatrikoarenak bakarrik ez diren baliabideak sustatzea.

3. HELBURU OROKORRA: Osasun-sistema publikoan lan asistentziala erraztuko duten elementuak sartzeari, prestakuntzaren, ikerketaren eta ebaluazioaren bitartez.

Helburu espezifikoak:

3.1. Zainketa aringarriei dagokienez, Osakidetza/EOZko erakundeetako asistentziaz arduratzen diren langileen prestakuntza hobetzea.

3.2. Zainketa aringarrien bidez ematen den atentzioaren kalitatea hobetzeko ikerketa-bideak sustatzea.

3.3. Bizitzaren azken fasean dauden pazienteei buruzko osasun-jarduketak ebaluatzea.

3.4. Paziente eta senideen gogobetetasun-maila zein den ezagutzea.

Pertsonal sanitarioak, medikoak eta erizaintzakoak bizitzaren azken fasean dauden pazienteak atenditzeko beharrezkoak diren trebetasunak eskuratu beharko ditu; eta euren curriculumean horretarako beharrezkoa den prestakuntza sartu beharko dute. Osakidetza/EOZ eta Osasun Sailak, beharrezkoak diren prestakuntza-ekimen guztiak bultzatuko dituzte.

Osasun Sailak, osasun-zerbitzuen antolamendua eta zainketa espezifikoaren hobekuntza ikertzeko laguntzak sustatuko ditu.

Plan honen 2. eranskinean, bizitzaren azken fasean dauden pazienteen atentzioaren ebaluazioa egiteko adierazle potentzialen proposamen bat sartzeari, etorkizuneko planen jarraipenean orotara edo zati batean sartu ahal izateko aukerarekin.

Plan honek xedetzat duen pertsonaren orientazioari erreparatzen badiogu, beharrezkoa da jasotako zainketei dagokienez pazienteek eta senideek duten iritziaren berri izatea; horretarako, inkestak edo euren gogobetetasun-maila neurtuko duten beste metodo batzuk erabiliko dira.

Jardunbideak:

- Osakidetza/EOZko etengabeko prestakuntzako programetara zainketa aringarriari buruzkoa eranstea.
- Praktika klinikoko gidak garatzea.
- Bioetikako Batzorde desberdinen barruan paziente horiei emandako asistentziaren analisia lehenestea.
- Lehentasunezkoztzat aitortzea, Osasun Sailak ikerketari ematen dizkion laguntzen barruan, bizitzaren azken fasean pazienteei ematen zaizkien atentzio-zerbitzuen hobekuntza xedetzat dutenak.
- Antolaketa-maila guztietan jarduketaren ebaluazioa egiteko aukera ematen duten erregistro-sistema espezifikoak ezartzea.
- Paziente eta senideei gogobetetasunari buruzko inkestak egitea.

4. HELBURU OROKORRA: Hiritarren parte-hartzea sustatzea eta euren eskubideak bermatzea, pertsona guztiek heriotza duina izateko aurretiazko borondateak adieraztea erraztuz eta boluntarioen elkartearen zereginaren alde eginez.

Helburu espezifikoak:

- 4.1. Hiritarren artean, aurretiazko euren borondateak adierazteko duten eskubidearen ezagutza hedatzea.
- 4.2. Boluntarioak, paziente terminaletaz arduratzeko sistemaren barruan integratzea.

Hiritarrek oro har, aurretiazko beren borondateak adierazteko aukera dutela ezagutu behar dute, errealitate hori hedatuz, sistema sanitariotik abiatuz, komunikabideen eta zerbitzu asistentzialekin harremanetan egotearen bitartez. Modu espezifiko batean zainketa aringarrien atentzio batera sartzen den paziente orori, bere bizi-testamentua azaltzeko aukera ezagutaraziko zaio.

Boluntarioak zainketa-sisteman integratzea, bi ekintza-moten bitartez egingo da: batetik, elkarte-mota hauen sorkuntza sustatuz eta; bestetik, pertsonal sanitarioak horiek onartzea erraztuz.

Jardunbideak:

- Bizitzaren azken fasean dauden pertsonentzako zainketa-planaren barruan, euren azken borondateak adierazteko eskaintza sartzea.

- Sozietate zibilak heriotza duinaren gainean pentsatzen duenaren, euren sinesmenen eta sektore sanitario eta sozialetik espero duenaren berri ematen duten ikerketa kualitatiboak bultzatzea.
- Boluntarioei laguntza ekonomikoak ematea eta erakunde sanitarioen barruan egiten duten lana erraztea.
- Boluntarioen elkarteekin lankidetzaz hitzarmenak ezartzea.

7.- Beharren estimazioa eta hurbilketa ekonomikoa

Zainketa aringarrietako beharren mailari buruzko 64 azterlan aztertu zituen berrikuspen-artikulu baten arabera¹⁹, minbiziak eraginda hil ziren pertsonen %86ak zainketa aringarriak beharko zituzkeela estimatzen da. Zorigaitzoko bukaera izan zuten gaixotasun ez-gaiztoak direla-eta hildakoen artean, %49ak zainketa horiek beharko zituzkeen. Euskal Autonomia Erkidegoan, 2.101.550 biztanle izanik, 2002-2004 denboraldian urtero neoplasia gaiztoak eraginda 5.326 pertsona hil ziren; eta horietako 4.580k, zainketa aringarriak beharko lituzke. Gainera, zainketa horiek minbiziak jotako pertsonen gain, honako gaixotasun kroniko ahulgarri hauek dituzten pazienteek ere behar dituzte: BGBK, giltzurruneko gutxiegitasuna, gaixotasun kardiako eta neurologikoen azken faseak eta HIESa.

Asistentzia-maila desberdinetatik EAEn arreta eman zaien pazienteen kopurua, hurbilketa bidez baino ezin da gauzatu. Horrela, 2004. urtean, minbiziak eragindako heriotzen %48a etxean gertatu ziren; hortaz, gehiengoa Lehen Mailako Atentzioko taldeek atenditu zituztela suposatzen da. Urte berean, minbizi terminala zuten 676 paziente zainketa aringarrietako unitateek atenditu zituzten eta 845 etxeko ospitalizazioko taldeek. Akutuen ospitaleetan zainketa aringarriak izan zituzten pazienteen berri zeharka baino ezin da izan, askotan ez direlako horrela kodetzen. Ziur aski, talde aholkularien erregistroak, errealitateari gehien hurbiltzen direnak izango dira, ospitalean minbiziak eraginda hil direnen kopuru osoa hurbiltzeko beste modu bat delarik, hil diren kasu guztiak ez direlako nahitaez zainketa aringarrien menpe egon.

Oinarritutako ustea da, zainketa aringarriak behar dituzten pertsona gehienek jasotzen dituztela. Beste kontu bat da, aipatutako atentzioa momentu egokian, dispositibo egokian eta beharrezkoak diren baliabideek gauzatzea. 3. eranskinean, gaur egun erabil daitezkeen baliabideak deskribatzen dira.

Plan estrategikoaren helburu nagusietako bat, dituen baliabideak berrantolatzea eta koordinatzea da. Hori eginez, baliabideen erabilera hobea lortu beharko litzateke eta, hasiera batean, horrek ez luke baliabide gehigarri eskatu beharko.

Beraz, hasiera batean, proiektuak behar duen finantzaketa Osasun Saileko aurrekontu arruntek bereganatzea onartzen da.

Azkenean ekintza espezifikoak zehaztuko dituzten plan asistentzialen prestaketa izango da, finantzaketa zehatza eta helburu desberdinak betetzeko beharrezkoak diren baliabideen norakoa erabakiko dituena.

Erreferentzia bibliografikoak

1. OSASUNAREN MUNDUKO ERAKUNDEA. *Salud para todos en el siglo XXI*. Madril: Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 1999.
2. OSASUNAREN MUNDUKO ERAKUNDEA. *Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer*. Txosten teknikoen multzoa: 804. Geneva: Osasunaren Munduko Erakundea, 1990.
3. ROUSSEAU PAUL MD. Hospice and Palliative Care. *Disease-a-Month* 1995;XLI(12):773-825.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*. Geneva: World Health Organization, 2002.
5. SANZ J. Principios y práctica de los cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 1989;92:143-145.
6. FINS JJ MD. Principles in Palliative Care: an Overview. *Respir Care* 2000;45(11): 1320-30.
7. OSASUN ETA KONTSUMO MINISTERIOA. *Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo*. Madril: Osasun eta Kontsumo Ministerioaren Argitalpen Zentroa, 2001.
8. ALDASORO E, PEREZ A, OLAIZOLA MT. *La asistencia a pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática de la literatura, y estudio en el medio hospitalario del País Vasco*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila 2003. Txosten-zk.a: Osteba D-00- [prentsan].
9. MALTONI M, ORIANA N, NALDONI M, SERRA P, AMADORI D. Evaluation of cost of home therapy for patients with terminal diseases. *Cur Opin Oncol* 1998;10:302-309.
10. OSASUN SAILA. *Euskadin Minbizia Prebenitu eta Kontrolatzeko Plan Integrala (1994-1998)*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzako Argitalpenen Zerbitzu Nagusia, 1994.
11. OSASUN SAILA. *Euskadirako Osasun Politikak. 2002-2010 Osasun Plana*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzako Argitalpenen Zerbitzu Nagusia, 2002.
12. PRATS J. Desigualdades al morir. *El País-salud 2000*. Hemen eskura daiteke: www.eutanasia.ws/textos/desigualdadesalmorirmayo00.txt. [2002ko ekainean egaiztatutako eskuragarritasuna].
13. GOMEZ-BATISTE X, BORRAS JM, FONTANALS MD, STJERNSWÄRS J, TRIALS X. Palliative Care in Catalonia 1990-95. *Palliat Med* 1992; 6:321-327.
14. PICAZA JM, SERRA-PRAT M, GALLO P. *El consumo de recursos de los enfermos oncológicos durante el último mes de vida: papel de los PADES*. Bartzelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de Salut. Kataluniako Generalitat-a. 2000ko urria (BR05/2000).
15. GIACCHI A, MARTINEZ D, RODRIGO M, ZABAL MR. *Atención a la persona en situación terminal y a su familia en Atención Primaria. Guía de actuación*. Iruñea: Nafarroako Osasun Zerbitzua/ Osasunbidea.
16. OSASUN SAILA. ANDALUZIAKO JUNTA. *Cuidados Paliativos*. Sevilla: Osasun Saila, 2002.

17. OSASUN ETA KONTSUMO SAILA. EXTREMADURAKO JUNTA. *Programa Marco de Cuidados Paliativos*. Badajoz: Osasun eta Kontsumo Saila, 2002.
18. CHANG VT. *The value of symptoms in prognosis of cancer patients*. In: Portenoy RK, Bruera E, editors. Oxford: Oxford University Press, 2000; 23-54 or.
19. FRANKS PJ ET AL. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliat Med* 2000; 14:93-104.

1. ERANSKINA:

**PLANAREN SINTESIA: HELBURUAK ETA
JARDUNBIDEAK**

1. HELBURU OROKORRA: Bizitzaren amaieran dauden pertsonen atentzioaren kalitatea hobetzea, zainketen jarraitutasuna eta maila asistentzialen arteko koordinazioa bermatzen duten osasun-zerbitzuen horniduraren eta gizarte-zerbitzuekin lankidetzan aritzearen bitartez.

HELBURU ESPEZIFIKOAK:

- 1.1. Lurralde Historiko bakoitzeko Plan Asistentzial bat diseinatzea.
- 1.2. Osasun-arloan, bizitzaren azken fasean eman beharreko atentzioaren eskaintza arautzea.
- 1.3. Bizitzaren azken fasean dauden pazienteen atentzioa, atentzio soziosanitariorako zerbitzuen katalogoaren barruan sartzea.

JARDUNBIDEAK:

- Lurralde Zuzendaritzak, plan asistentzialen prestaketa eta jarraipenaren erantzule egitea.
- Asistentzia sanitarioa eta soziala integratzeko aukera emango duen koordinazio-talde bat eratzea.
- Programa Kontratuetan, zainketa aringarriak prozesu bereizi bezala sartzea.
- Zerbitzuak sanitate pribatuarekin ituntzea, plan asistentzialean ezarritako jardunbide egokietarako parametroen arabera.
- Asistentzia sanitarioa eta soziala bateratzeko, udalekin eta aldundiekin lankidetzak-hitzarmenak ezartzea.

2. HELBURU OROKORRA: Dispositibo asistentzialak euren bizitzaren azken fasean atentzioa behar duten pertsonetara egokitzea, egokia denean zainketa aringarrien hasiera, etxeko asistentzia, erakundeen aldetiko asistentzia eta euskarri emozionala bermatuz.

HELBURU ESPEZIFIKOAK:

2.1. Zainketa aringarrian gaixotasun terminalaren bilakaeran goiz sartzeko mekanismoak ezartzea.

2.2. Bizitzaren azken fasean dauden pertsona-kopururik handiena beren familia-ingurunean zainduak izatea lortzea.

2.3. Erakundetutako asistentzia-maila bakoitzari egokitutako espezializazio-maila eskaintzea.

2.4. Pazienteen egoerara egokitutako euskarri emozionala bermatzea eta euren senideei hedatzea.

JARDUNBIDEAK:

- Zainketa aringarrien balio positiboari dagokionez profesionalen kultura azpimarratzea eta zenbat eta arinago ezarri orduan eta eraginkorragoak diren ezagutza hedatzea.
- Eskualde mailan, Lehen Mailako Atentzioko taldeek etxeko atentziolari buruzko diagnostiko bat egitea eta lurralde planari egokitutako Jarduketa Plan bat prestatzea.
- Etxeko Ospitalizazioko Zerbitzuetan estaldura hedatzea eta Lehen Mailako Atentziolari laguntza ematen dioten taldeei egokitzea.
- Akutuen ospitaleetan talde aholkulariak finkatzea eta aztertzea, zentro bakoitzean, ohe espezifikoak esleitzearen egokitasuna.
- Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan Zainketa Aringarrietako Unitateak mantentzea eta, ahal izanez gero, sustatzea.
- Pazientei, senidei eta zaintzailei euskarri emozionala bermatu ahal dieten atentzio psikiatrikoarenak bakarrik ez diren baliabideak sustatzea.

3. HELBURU OROKORRA: Osasun-sistema publikoan lan asistentziala erraztuko duten elementuak sartzea, prestakuntzaren, ikerketaren eta ebaluazioaren bitartez.

HELBURU ESPEZIFIKOAK:

3.1. Zainketa aringarriei dagokienez, Osakidetza/EOZko erakundeetako asistentziaz arduratzen diren langileen prestakuntza hobetzea.

3.2. Zainketa aringarrien bidez ematen den atentzioaren kalitatea hobotzeko ikerketa-bideak sustatzea.

3.3. Bizitzaren azken fasean dauden pazienteei buruzko osasun-jarduketak ebaluatzea.

3.4. Paziente eta senideen gogobetetasun-maila zein den ezagutzea.

JARDUNBIDEAK:

- Osakidetza/EOZko etengabeko prestakuntzako programetara zainketa aringarriei buruzkoa eranstea.
- Praktika klinikoko gidak garatzea.
- Bioetikako Batzorde desberdinen barruan paziente horiei emandako asistentziaren analisia lehenestea.
- Lehentasunezkotzat aitortzea, Osasun Sailak ikerketari ematen dizkion laguntzen barruan, bizitzaren azken fasean pazienteei ematen zaizkien atentzio-zerbitzuen hobekuntza xedetzat dutenak.
- Antolaketa-maila guztietan jarduketaren ebaluazioa egiteko aukera ematen duten erregistro-sistema espezifikoak ezartzea.
- Paziente eta senideei gogobetetasunari buruzko inkestak egitea.

4. HELBURU OROKORRA: Hiritarren parte-hartzea sustatzea eta euren eskubideak bermatzea, pertsona guztiek heriotza duina izateko aurretiazko borondateak adieraztea erraztu zeta boluntarioen elkartearen zereginaren alde eginez.

HELBURU ESPEZIFIKOAK:

4.1. Hiritarren artean, aurretiazko euren borondateak adierazteko duten eskubidearen ezagutza hedatzea.

4.2. Boluntarioak, paziente terminaletaz arduratzeko sistemaren barruan integratzea.

JARDUNBIDEAK:

- Bizitzaren azken fasean dauden pertsonentzako zainketa-planaren barruan, euren azken borondateak adierazteko eskaintza sartzea.
- Sozietate zibilak heriotza duinaren gainean pentsatzen duenaren, euren sinemenen eta sektore sanitario eta sozialetik espero duenaren berri ematen duten ikerketa kualitatiboak bultzatzea.
- Boluntarioei laguntza ekonomikoak ematea eta erakunde sanitarioen barruan egiten duten lana erraztea.
- Boluntarioen elkarteekin lankidetzaren hitzarmenak ezartzea.

2. ERANSKINA:

Bizitzaren azken fasean dauden pazienteei ematen zaien atentzioa ebaluatzeko adierazle potentzialak

Akutuen ospitaleak

1. BIZITZAREN AZKEN FASEAREN diagnostiko-tasa.

Fase honen hasiera, tratamendu aktiboarekin^{iv} ez jarraitzeko erabakia hartzen den momentua bezala defini daiteke.

Zenbakitzailea: bizitzaren azken fasea diagnostikatu eta definitutako gaixotasunak direla-eta akutuen ospitalean hiltzen diren pazienteen kopurua.

Izendatzailea: akutuen ospitalean definitutako gaixotasunak direla-eta hiltzen diren pazienteen kopurua.

Metodoa: bizitzako azken 6 hilabeteen berrikuspena historia klinikoan.

2. Agoniaren diagnostiko-tasa.

Oro har, azken egoera hau hil aurreko hiru egunetan agertzen da. Garrantzitsua da identifikatzea, dituen ezaugarriengatik, pertsonaren beharrak aldatu egiten direlako.

Zenbakitzailea: fase agonikoa diagnostikatu eta definitutako gaixotasunak direla-eta akutuen ospitalean hiltzen diren pazienteen kopurua.

Izendatzailea: akutuen ospitalean definitutako gaixotasunak direla-eta hiltzen diren pazienteen kopurua.

Metodoa: azken ospitaleratzearen berrikuspena historia klinikoan.

3. Sintomak kontrolatzeko ospitaleratu direnen alta-txostenen portzentajea.

Sintomen kontrol terminoak, narriadura progresiboa baino orokorragoa den pertsonaren ikuskera bat adierazten du, mina dela-eta ospitalera joaten den arren gainerako sintomak ebaluatzen saiatzen delako.

4. Mediku arduraduna agertzen den alta-txostenen portzentajea.

^{iv} Zainketa aringarrien arloko profesional asko ez daude *Fase edo gaixotasun terminal* terminoaren erabilerekin, pazientearen nolabaiteko uzte-jarrerara inplizitu daramalako.

Oso garrantzitsua da Lehen Mailako Atentzioarekin zainketen jarraitutasuna bermatzeko. Besteak beste, tratamenduan aldaketak egiteari buruzko zalantzak badaude kontsultak egiteko aukera ematen du.

5. Min-mota identifikatu zaien pazienteen portzentajea.

Oso garrantzitsua da mina bereiztea, azpian dagoen patologia ulertzen laguntzen duelako. Honako hauek dira minaren aurkezpen klinikoak:



Min nozizeptiboa (somatikoa eta erraietakoa)

Min neuropatikoa (disestetikoa eta neuralgikoa)

6. Mina intentsitate-eskalen bitartez ebaluatu zaien pazienteen portzentajea.

Ezinbestekoak dira, gaixo dagoen pertsonaren mina berarekiko ebaluatzeko aukera ematen dutelako. Hau da, bere intentsitateari buruz galde daiteke aurreko egunekoarekin konparatuz. Minaren esamoldeak duen subjektibotasuna saihesten du.

Eskala desberdinak daude (analogikoa, ikusmenezkoa, numerikoa eta deskriptiboa).

7. Ordu finkoetan ezarritako analgesia duten pazienteen portzentajea.

Mina jeneralean iraunkorra da. Zehazki, minbiziak sortzen duena etengabe presente dago. Hortaz, farmako bakoitzaren metabolizazioaren arabera, eredu egokia agindu behar da. Eskatu ahala emandako tratamendu analgesikoak, mina kontrolatzeko ez dira hain eraginkorrak.

8. Laxanteen preskripzio paraleloarekin opiazeodun tratamendua jarraitzen duten pazienteen portzentajea.

Opiazeoen alboko ondorioak, idorreria esaterako, laxanteak etengabe hartuz arindu behar dira. Opiazeo bidezko tratamenduaren hasieran, ohikoa da goragalea eta logura agertzea, baina idorreriarekin ez bezala, farmakoaren erabilera iraunkorrarekin desagertu egiten dira.

9. Opiazeoak bernabarnetik hartzen dituzten (adierazlea negatiboan) pazienteen portzentajea.

Aho bidezko administrazioa egokiena da, baina medikamentuak ezin badira aho bidez hartu, beharrezkoa da beste bide batzuk erabiltzea. Bide parenterala aukeratu behar bada, larruazalpekoa egokiena da eta benabarnekoa besteko eraginkortasuna du.

10. Balorazio psikologikoa duten pazienteen portzentajea.

Ondoez emozionala, sendatu ezin den gaixotasun baten diagnostikoak adierazten duen hondamenezko gertaerarekiko erantzun normala da. Profesionalek, historia

kliniko on bat eskuratzen saiatu behar dira; beraz, depresio eta bestelako nahasteen familia-aurrekarietaz, aldez aurretik gertatutako gertakariez eta gaixotasunaren esanahiaz eta egoeraren ulermenaz interesatuko dira.

11. Balorazio soziofamiliarra duten pazienteen portzentajea.

Gaur egungo familia-egitura ez da bizitzaren azken fasean dauden pertsonen zainketa bere gain hartzeko egokiena. Euren atentzioa planifikatzean, alderdi hori kontuan hartu behar da eta historia klinikoan erregistratu beharko da.

12. Barne-kontsultak (psikologia, psikiatria, gizarte-laguntza, talde kontsultatzailea) egin zaizkien pazienteen portzentajea.

Euskadiko sistema sanitarioan, beste zerbitzu batzuetako profesionalek egindako barne-kontsulten balorazioak, bizitzaren amaierako zainketen plangintzaren diziiplina anitzeko ikuspegia isla dezake.

13. Interbentzio kirurgikoen kopurua, sendatzeko xedea duten kimioterapia- eta erradioterapia-saioak.

Bizitzaren azken fasean, interbentzio kirurgikoak zein medikoak (erradioterapia eta kimioterapia) sar daitezke; betiere, arriskuen gainetik onurak argi eta garbi ezar badaitezke.

Ebaluazio hau egiteko, historia klinikoetan tratamenduak eta euren bukaera erregistratu beharko dira.

14. Zainketa-prozesuan senideekin izandako kontaktu-kopurua.

Senideekin izandako kontaktu-kopuru mugatuak, familia tratatu beharreko unitatean sartu ez izana isla dezake. Fase agonikoan arreta berezia jarri behar da. Momentu horretan kontakturik ez egotea, kalitate txarraren adierazle bat da.

15. Senideek (edo pazienteak, posible izanez gero) jasotako atentzioarekiko duten gogobetetasun-maila.

Bizitzaren amaieran dauden pazienteen senideei berariaz zuzendutako gogobetetasun-mailari buruzko inkestak diseinatu behar dira. Euskal Autonomia Erkidegoaren testuinguruan baliozkotu daitezkeen beste eremu geografiko batzuetan baliozkotutako zenbait daude.

16. Erizaintzako zainketa-plana.

Bizitzaren amaieran zainketa barne hartu beharko du eta, bereziki, agonia-fasean.

17. Urgentzien arloan jarduteko protokoloa.

Sendatu ezin diren gaixotasunak dituzten pazienteak, urgentzietako zerbitzuetan bereizkeriaz atendituak izan daitezke. Batzuetan, prozesu diagnostikoa ez da behar den bezala egiten, eta oinarrizko gaixotasunarekin zerikusirik ez duten patologiak identifikatu gabe geratzen dira, emaitza larriak sortuz.

Bizitzaren amaieran dauden pazienteentzat jarduketa-protokolo bat prestatu behar da, non atentzio espezifikoa barne hartzen baita agonia-fasean.

18. Etika asistentzial, espezialista arduradun eta talde kontsultatzailearen arteko saio kliniko bateratuak.

Akutuen ospitaleetan atentzio aringarrien kalitatea hobetzeko aukera emango duen aldaketa kultura lortzeko estrategia bat, inplikaturako profesionalen arteko saio kliniko bateratuak egitea izan liteke.

19. Agonia-heriotza etapan izandako ospitaleratzeen kopurua.

Hil baino egun edo ordu gutxi batzuk aurrerako ospitaleratutako pazienteen kopuru altuak, etxean emandako atentzioaren kalitate baxua adieraz dezake.

20. Baimenarekin sedazioa egin zaien pazienteen portzentajea.

Zainketa Aringarrietan egiten den sedazioa, bizitzaren azken fasean pazienteak izan ditzakeen kontrako sintomak arintzeko maniobra terapeutiko bat baino ez da.

Sedazio terminaltzat zera jotzen da:^v beste neurri batzuek erabiliz sufrimendu fisikoa edo psikologiko arintzea lortu ezin denean farmakoak nahita ematea. Horretarako, pazientearen behar adinako sakona eta aurrez ikus daitekeenez itzulezina den kontzientziaren murrizketa gertatzen da, bere heriotza oso hurbil dagoenean.

Goian aipatutakoa, baimen esplizitu, inplizitu edo eskuordetua jaso ondoren egin behar da, eta historia klinikoan beste ohar hauek jartzea gomendatzen da: arrazoiak, prozesua erabaki-hartzean (baimena barne) eta emaitzen monitorizazioa. Hori da, berme etikorik hoberena.

Sedazio terminala, egoera agonikoan dauden 4 edo 5 paziente bakoitzeko 1ean erabili beharreko prozedura da.

Egonaldi Ertain eta Luzeko Ospitaleak

21. Sintomen kontrolak eta modu iraunkor batean edo aldi baterako senideen amore emateak eragindakoa ospitaleratzeen portzentajea.

^v ZAINKETA ARINGARRIEN ESPAINIAKO SOZIJETATEA. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. <http://www.unav.es/cdb/secpa14.htm> [2003ko azaroan egiaztatutako eskuragarritasuna].

Ospitale hauetan, amore emateagatik edo senideek arnas hartzeko ospitaleratzeak aztertu behar dira. Hortaz, ia ospitaleratze guztiak sintomen kontrolak edo senideen amore emateak eragin behar izan ditu.

22. Etxez aldatzeagatik alta ematen zaienean 24 orduko telefono bidezko harremana eskaintzen zaien pazienteen portzentajea.

Guardian dagoen profesionalen bat beti dagoela kontuan hartuta, telefono bidezko zerbitzua eskaintzea bideragarria da.

23. Atentzioarekin pazienteak eta senideek duten gogobetetasun-maila.

Akutuen ospitaleei buruzko atalean azaldutakoa balioduna da.

Etxeko ospitalizazioa

24. Sintomak kontrolatzeko ospitaleratu diren pazienteen portzentajea.

Zerbitzu horretako ia ospitaleratze guztien arrazoa sintomen kontrola izango dira, definizioz, familiaren laguntza dagoelako eta ezin delako familiaren aldetiko amore ematerik egon. Jakina, ez litzateke narriadura progresiboak eragindako ospitaleratzetik egon beharko.

Lehen Mailako Atentzioa

25. Sintomak kontrolatzeko akutuen ospitalera bideratutako pazienteen portzentajea.

Sintomak kontrolatzeko bideratzeen portzentaje altuak, kalitatearen atentzioa ez dela behar bestekoa adieraz dezake. Gainera, ospitaleratzeak senideek amore eman dutelako gertatzen badira, gaixo dagoen pertsona Lehen Mailako Atentziotik erreferentziako egonaldi ertain eta luzeko ospitaleko unitatera eraman beharko da.

26. Ohe azpian historia kliniko bat edo eboluzio-orri bat daukaten pazienteen portzentajea.

Bizitzaren amaieran dagoen pazientearen zainketa-prozesuan jarraitutasuna bermatzeko formula berri bat, gaixoa bisitatzen duen talde bakoitzak oharrak idazteko historia klinikoa edo ebaluazio-orri bat sartzean datza.

27. Eskualde bakoitzean bizitzaren azken fasean dauden pazienteen erregistroa.

Eskualde bakoitzean atenditzen den paziente-mota horretako kopurua dakarren erregistro bat izateak, ebaluazioa erraztuko luke.

28. Baimenezko sedazioa egin zaien pazienteen portzentajea.

Sedazioa, ondo informatuta dagoen gaixoaren edo bere senideen baimena jaso ondoren egin beharko da. Historia klinikoan edo eboluzio-orrian honako datu hauek erregistratu beharko dira: arrazoiak, erabakia hartzean jarraitutako prozesua (baimena barne) eta emaitzen monitorizazioa.

29. Lehen Mailako Atentzioan erizaintzako zainketen protokoloa.

Bizitzaren amaierako zainketa barne hartu beharko du eta, bereziki, agonia-fasekoa.

30. Ordu finkoetan ezarritako analgesia duten pazienteen portzentajea.

Eskatu ahala ematen diren tratamendu analgesikoak, ez dira hain eraginkorrak mina kontrolatzeko. Baliioduna da akutuen ospitaleei buruzko atalean azaldutakoa.

31. Laxanteen preskripzio paraleloarekin opiazeodun tratamendua jarraitzen duten pazienteen portzentajea.

Baliioduna da akutuen ospitaleei buruzko atalean azaldutakoa.

Emergentzien Zerbitzua

32. Etxeko urgentziak koordinatzeko protokoloa.

Zainketen jarraitutasuna bermatzeko, etxean pazientea atenditzen duten talde desberdinen (Medical Dom, Etengabeko Atentzioko Gunea) arteko koordinazio-protokolo bat prestatu beharko litzateke.

33. Sintomak kontrolatzeko asistentzia-protokoloa.

34. Lehen Mailako Atentzioko Taldeekin kasu aktiboei buruzko komunikazioa.

35. Borondatezko adierazpen bidez bizitzaren azken fasean dauden pazienteen erregistroaren azterketa.

Familien borondatezko informazioa duen pazienteen erregistroak, emergentzietan atentzioa eskatzen denean gaixo dagoen pertsonaren identifikazio azkarra erraztuko luke, eta atentzio-prozesua bizkortuko luke.

3. ERANSKINA: BALIABIDE ASISTENTZIALAK

Ospitale-eremuan bizitzaren amaieran dauden pazienteentzako baliabide asistentzialak: oheak eta langile espezifikoak. EAE.

	ZAINKETA ARINGARRIETAKO UNITATEAK			ETXEKO OSPITALIZAZIOA	TALDE AHOLKULARIAK	BESTE BATZUK
		oheak	langileak	langileak	langileak	
Araba	ARABA K. ¹	20	mediku espezifiko 1	TXAGORRITXU ETA SANTIAGO: 5 mediku eta 4 erizain	TXAGORRITXU OSPITALEA: mediku 1 eta erizain 1	MKE ² elkarteko psikologo 1
	LEZA O.	10	pertsonal ez-espezifikoak			
Bizkaia	STA. MARINA	18	2 onkologo + erizaintza + laguntzaileak + psikologoa + gizarte-lag. + lag. espirituala	GURUTZETAKO OSPITALEA: 5 mediku eta 12 erizain	Ez dago zentro bakar batean ere ez	MKE ² elkarteko etxez etxeko taldea (Gurutze Gorrian). Bilbao
	GORLIZ	24	2 mediku ez-espezifikoak: erizaintza eta laguntzaileak	BASURTUKO OSPITALEA: 5 mediku eta 7 erizain		
	GURUTZE GORRIA	6?	mediku 1+ psikologoa ez-espezifikoak: erizaintza + laguntzaileak + gizarte-lag. + lag. espirituala	GALDAKAOKO OSPITALEA: 3 mediku eta 4 erizain		
	SAN JUAN DE DIOS	19	mediku 1+ psikologoa ez-espezifikoak: eriz. + lag.+ gizarte-lag. + lag. espirituala			
Gipuzkoa	BIRMINGHAM MATIA ¹	14-15	mediku 1 + psikologoa ez-espezifikoak: erizaintza eta laguntzaileak	DONOSTIA OSPITALEA: 5 mediku eta 7 erizain	DONOSTIA OSPITALEA: 2 mediku eta erizain 1	Gipuzkoako Institutu Onkologikoa: psikologoa MKE ² elkarteko etxez etxeko taldea

¹ Itundutakoak.

² Minbiziaren Kontrako Elkartea.

Gipuzkoako Poliklinikan, urtero 22 paziente atenditzen dituzte; eta La Asunción Klinikan, urtero 17 paziente.

Laguntza psikologikoaren eremuko baliabideak bizitzaren amaieran dauden pazienteen ospitaleko atentziorako. EAE.

Ospitalea	Baliabide propioak	ASCC elkartearen bidezko baliabideak	Beste jarduera batzuk
Osakidetza/EOZ			
Txagorritxu Ospitalea	Psikologo 1 zerbitzu guztiekin egiten diren barne-konsultetarako.	Lehen Mailako Atentzioko Eskualdekoa den (Olagibeleko Anbulatorioa) atentzio psikologikoko kontsulta bat. Etxeko ospitalizazioko zerbitzuarekin eta zainketa aringarrietako talde aholkulariarekin lankidetzan aritzen den psikologo 1.	Haur onkohematologikoen elkartearekin ohiko lankidetzak. Mastektomia egindako Arabako Emakumeen Elkartearekin (ospitale horretako langileek sortutakoa) lankidetzan aritzea.
Santiago Ospitalea	Zerbitzu arduradunak (batez ere kirurgikoak) eskatuta minbizia duten pazienteak atenditzen dituzten psikiatria zerbitzuko psikologo kliniko 2.	EZ	Akordioa Laringektomia egin duten Arabako pazienteen Elkartearekin. Ospitaleak, elkartearen jarduerak eta bilerak egiteko areto bat uzten du.
Guruzetako Ospitalea	2003. urtean, Ospitaleko Zerbitzuek eskatuta jarduten duen aholkularien arteko psikologo 1 sartu da.	Haurrentzako onkologia zerbitzuarekin sarritan lankidetzan aritzen diren psikologoak.	
Basurtuko Ospitalea	2002. urtean, paziente eta senideentzako Psikologia Klinikoko kontsulta espezifikoa martxan jarri zen, ospitaleko psikiatria zerbitzuko prestazio bat dena. Zerbitzu mediku eta kirurgiko guztiekin lankidetzan aritzen da.	Haurrentzako onkologia-arloan elkarteko psikologo baten lankidetzak.	Laringektomia egin dutenen Elkarteko psikologo baten laguntza eta lankidetzak.
Galdakaoko Ospitalea	Psikiatria zerbitzuko psikologoek, ospitaleko zerbitzuek eskatuta edo barne-konsulta bidez pazienteak atenditzen dituzte.		
Donostia Ospitalea	Psikiatria zerbitzuan, 2 psikologoren laguntzaz, pazientearen ardura duten zerbitzuek eskatuta	Elkarreak, ospitale barruan lokal bat dauka.	

	<p>pazienteak atenditzen ditu.</p> <p>Ospitaleko zenbait zerbitzurekin lankidetzan aritzen den aholkularien arteko psikologo 1 dago.</p> <p>Gaixotasun infekziosoen zerbitzura esleitutako psikiatra 1 dago.</p>	Elkarteko 3 psikologok zenbait zerbitzurekin lankidetzan aritzen dira (honako hauek barne: onkologia medikoa eta haurrentzako onkologia).	
San Eloy Ospitalea	-----		
Sta. Marina Ospitalea	Psikologoa Zainketa Aringarrietako Unitatean.		
Gorlizko Ospitalea	<p>Ez dago Zainketa Aringarrietako Unitatean lankidetzan aritzeko psikologorik ezta psikiatrarik ere.</p> <p>Mediku eta erizaintzako saio puntualak daude Zamudioko psikiatriarekin.</p>		
Itundutako unitateak			
Institutu Onkologikoa	Psikologoa		
Araba Klinika			
Matía Fundazioa	Psikologoa Zainketa Aringarrietako Unitatean.		
Itundu gabeko unitateak. Finantzaketa			
Bilboko Gurutze Gorria	Psikologoa Zainketa Aringarrietako Unitatean.		
San Juan de Dios	Psikologoa Zainketa Aringarrietako Unitatean.		

Eskualdeko Ospitaleek, ez daukate laguntza psikologikorik, baina ez dago onkologia medikoko zerbitzurik, ezta erradioterapikorik ere. Minbiziaren atentzioari dagokionez egitean duten jarduera, kasuen arabera, prozesuaren diagnostikoaren hasierako fasera mugatzen da, edo ospitale orokorrek edo erreferentziakoek egindako jardueraren jarduketa gehigarriak gauzatzen dituzte. Erreferentziako ospitaleetan, pazienterik konplexuenak eta laguntza psikologikoa behar dezaketenak kokatzen dira.

Eskualdeko ospitale batzuetan, pazienteen elkarrekin lankidetzan aritzen dira, Zumarragako Ospitalea esaterako, Laringektomia eta Ostomia egin dutenen elkarrearekin lankidetzan aritzen baita.