

Pazientearen Segurtasunaren Estrategia

Osakidetza

2013 • 2016



Argitaraldia: Lehenengoa, 2013ko irailekoa

Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasuneko Programen Koordinazioa
Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza

Argitaratzen du: Osakidetza. Araba kalea 45, 01006. Vitoria-Gasteiz (Araba)

© Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa
Osakidetza 2013

Internet: <http://www.osakidetza.euskadi.net>

e-mail: coordinacion@osakidetza.net

Lege-gordailua: SS - 1644 – 2013

ISBN: 978 – 84 – 939913 – 6 – 4

PSP: 20 € (BEZ barne)

AURKEZPENA

Gure zibilizazioaren hastapenetara jo behar da pazientearen segurtasunaren kontzeptuaren funtsa, hau da, gaixoei osasun-arreta ematea ondorio txarrik eragin gabe, bilatzeko. Historian zehar, beren garaikoen osasuna zaintzen saiatu diren profesionalak *primum non nocere* (“batik bat, kalterik ez eragin”) printzipioa hartu dute aintzat.

Gizateriak aurrera egin duen neurrian jakintza zientifikoaren eta garapen teknologikoaren bidetik, asistentzia emateko aukerak izugarri igo dira. Era berean, gizarte garatuek ongizate-maila handia dute gaur egun; hori dela eta, herritarrek gero eta zorrotzago jokatzen dute jasotzen dituzten zerbitzuei dagokienez, bereziki beren osasunarekin erlazionatutako zerbitzuei dagokienez.

Euskal Autonomia Erkidegoan, Osakidetzari aintzatespen-maila handia aitortu zaio, ematen dituen zerbitzuen kalitateari eta segurtasunari esker. Alabaina, jarduera areagotu behar izateak, prozeduren konplexutasun gero eta handiagoak, eta pertsonen bidezko nahiak, horiek guztiek azterketa sakon bat eragin dute, gure pazienteen segurtasuna ahalik eta handiena izan dadin.

Pertsonekin duen konpromisoari aitortu dio gure Gobernuak lehentasunik handiena. Hori dela eta, arrazoizkoa da pazientearen segurtasunaren sustapena posizio nabarmenean egotea Gobernuak Osasun Sailerako ezarri dituen ekintza espezifikoen barnean.

Era berean, pazientearen segurtasuna lehentasunezko lerroen artean sartzen du Euskadiko osasun arloko politikei buruzko dokumentuak.

Azkenik, Osakidetzaren Plan Estrategikoak ere arlo hori hartzen du fokutzat, eta gure osasun-sistema publikoaren helburu nagusi bihurtzen du.

Dokumentu honetan, Osakidetzako Pazientearen Segurtasunaren Estrategian, bildu dira Osakidetzak, korporazio gisa, erakunde osorako datozen urteetan sustatu nahi dituen ekintza-lerro eta proiektuak.

Lerro horietako batzuek, INOZ Planak esaterako, ibilbide luzea dute estatu mailan aintzatetsia; beste batzuk, berriz, berriki planteatu dira, pixkanaka garatzeko helburuarekin.

Lerro horiek lehentasunezkotzat hartu dira haien garrantzi bereziagatik, eta Osakidetzaren programa korporatiboan sartu dira; baina aitortu nahi nuke beste ekimen asko daudela haiez gain, zeinak dagoeneko ezarrita baitaude gure zerbitzu-erakundeetan gure pazienteen segurtasuna hobetzeko.

Espero dut dokumentu hau baliagarria izango dela gure profesionalen multzo osoarentzat, gure zerbitzu publikoaren jardura etengabe hobetzeko erreferentzia erabilgarri gisa; azken finean, profesional horiek lortzen baitute bermatzea, eguneroko ahaleginari eta profesionaltasunari esker, segurtasun-maila handia Euskal Autonomia Erkidegoko herritarren osasun-arretan.

Jon Darpón Sierra
Eusko Jaurlaritzako Osasuneko sailburua

AURKIBIDEA

AURKEZPENA.....	1
SARRERA	5
EGOERAREN ANALISIA ETA DIAGNOSTIKOA.....	7
ANTOLAMENDU-EREDUA.....	12
HELBURU ESTRATEGIKOAK ETA EKINTZA-LERRO KORPORATIBOAK.....	13
<i>OSAKIDETZAKO PAZIENTEAREN SEGURTASUNeko GAUR EGUNGO EKINTZA-LERRO KORPORATIBOAK.....</i>	<i>17</i>
1. EL. OSASUN-ASISTENTZIAREKIN ERLAZIONATUTAKO INFEKZIOEN (OAEI) PREBENTZIOA ETA KONTROLA	19
2. EL.: KIRURGIA SEGURUA	35
3. EL.: SEGURTASUNA HAURDUNALDI-ERDITZE-PUERPERIOAREN ASISTENTZIA-PROZESUAN	39
4. EL.: PAZIENTEAREN SEGURTASUNeko KONTUAK JAKINARAZTEKO ETA IKASTEKO SISTEMA	47
5. EL: ERRADIAZIO IONIZAGARRIA DARABILTEN DIAGNOSI-PROBEN PRESKRIPZIOAREN OPTIMIZAZIOA	51
6. EL: JARDUNBIDE EGOKIAK SENDAGAIK EMATEAN	55
7. EL: JARDUNBIDE EGOKIAK ERIZAINZAKO ZAINZA-LANETAN.....	59
8. EL: TRANSFUSIOEN SEGURTASUNA: ODOL-OSAGAIEN ETA EHUNEN EMAILEAK ETA HARTZAILEAK	65
9. EL: PAZIENTEAREN SEGURTASUNAREN GAINEKO TREBAKUNTZA	69

<i>OSAKIDETZAKO PAZIENTEAREN SEGURTASUNeko EKINTZA-LERRO KORPORATIBO BERRIAK</i>	73
10. EL: PAZIENTEA OKERRIK EGIN GABE IDENTIFIKATZEA OSAKIDETZAN	75
11. EL: MEDIKAZIOA BATERATZEA.....	81
12. EL: PAZIENTEAK OSASUN-ARRETAREN SEGURTASUNEAN DUEN INPLIKAZIOA.....	85
13. EL: GERNU-KATETERRARI LOTUTAKO GERNU-TRAKTUKO INFEKZIOAK (GTI) GUTXITZEA	89
BIBLIOGRAFIA.....	93
I. ERANSKINA. PROGRAMAREN JARRAIPENA ETA EBALUAZIOA: ADIERAZLEAK.	103

SARRERA

Milaka paziente artatzen dira egunero Osakidetzan, eta goi-mailako, kalitateko eta gizarteak asko baloratzen duen osasun-arreta jasotzen dute. Paziente gehienak arrakastaz tratatzen dira, eta emaitzak onak dira kasu gehienetan. Hain zuzen, gure pazienteek diziplina anitzeko osasun-arreta jasotzen dute, espezializazio-maila handikoa, zeinari azken aurrerakuntza teknologikoak eta tratamendu berritzaileenak eta aurreratuenak gehitzen baitzaizkio. Hala ere, gero eta handiagoak dira tratatu behar diren patologien konplexutasuna, behar diren ebakuntzen eta tratamenduen sofistikazioa, eta, orobat, pazienteen arrisku-faktore intrintseko eta estrintsekoen kopurua. Horien guztien ondorioz, sistemaren segurtasunean akatsak izateko arriskua areagotu egin daiteke, eta osasun-arretarekin loturiko ondorio txarrak gertatzeko probabilitatea handitu. Nahiz eta gure osasun-azpiegiturak modernoak diren, eta profesionalen espezializazio-maila, profesionaltasuna, ilusioa eta dedikazioa handiak, etorkizunean espero izatekoa da erantzun espezifikoa behar duten arrisku-egoerak areagotu egingo direla.

Egoera hori ez da gure sisteman bakarrik gertatzen, ordea. Osasun-arretaren bigarren mailako efektu ez-desiratuek morbiditate- eta hilkortasun-tasa handiak eragiten dituzte herrialde garatuetako osasun-sistema guztietan. Kalte horiek pazienteen osasunean eragiten dituzten ondorio pertsonalei kalteen ondoriozko inpaktu ekonomiko, sozial eta moral handia gehitu behar zaie. Ondorioz, pazientearen segurtasuna kezka handia da gure osasun-sistemako profesional eta kudeatzaileentzat.

Horrenbestez, ikusi da osasun-arretarekin loturiko auzi-kopurua, zeinak osasuneko profesionaleri eragiten baitie sarritan, handitu egin dela estatu mailan. Oro har hartuta, ondare-erreklamazioen kopurua etengabe handitzen ari da, eta hori mehatxu handia da sistemaren jasangarritasunerako, kostu handia eragiten baitu. Osasun-arretaren judizializazio gero eta handiagoa bizi dugu, eta horrek pazienteei, profesionaleri eta kudeatzaileei egiten die kalte, kostuak handitzen dituelako sistemaren bideragarritasunari ere eragiteraino.

Gainera, gaur egungo egoeran elementu berri batek ere eragiten du pazientearen segurtasunaren esparruan, lehen ez zegoen baina orain erabakigarria den batek: krisi ekonomikoa. Gaur egungo egoera ekonomikoa dela eta, hain zuzen, gastuari eusteko neurriak hartu behar dira sektore publikoan, eta osasunera bideratzen diren baliabideei eragiten die horrek. Alabaina, osasun-arreta segurua gauzatzea kostuak gutxitzera bideratutako helburuekin bat egitea da. Pazientearen segurtasuna, berez, sistemaren jasangarritasunaren funtsezko oinarria da; izan ere, definizioz, sistema jasangarri batek arriskuak minimizatu behar ditu, eta pazientearen segurtasuna handitu.

Zorionez, Osakidetzan urteak daramatzagu lanean asistentzia-arriskua minimizatzeko estrategia ardatz harturik. Hain zuzen, Osakidetzaren aitzindaria da pazientearen segurtasunaren alorrean, eta metatu duen esperientziak erakusten du urte hauetan

denetan egindako ahaleginarekin jarraitu behar dela, horrek eraman gaituelako pazientearen segurtasunaren kulturaren egoerara, zeina mantendu eta berritu egin behar baita.

Testuinguru horretan, pazientearen segurtasunaren bermea izango diren jarraibide nagusiak zehaztu behar dira, erreferentzia izan daitezten Osakidetzako paziente, profesional eta zuzendarientzat. Helburu hori du esku artean dugun dokumentu honek, zeinak **Osakidetzako Pazientearen Segurtasunaren Estrategia** hartzen baitu barnean, zerbitzu-erakundeetako bakoitzak egin ditzakeen ekintzen osagarri. Erreferentzia-dokumentu izateaz gain, jarraipena eman nahi zaio Osakidetzako pazientearen segurtasunaren alorrean egindako ibilbide luzeari, eta gaurko egoerari erantzun egokia eman.

EGOERAREN ANALISIA ETA DIAGNOSTIKOA

1999an, Estatu Batuetako Medikuntza Institutuak (IOM) “Gizakiari dagokiona da huts egitea: osasun-sistema seguruago bat eraikitzen” izeneko txosten famatua argitaratu zuen, eta han adierazi zuen 44-98 mila paziente hiltzen direla urtero Estatu Batuetako ospitaleetan, saihestu zitezkeen hutsegiteen ondorioz (1). Ordutik, azterketa askok analizatu dute ondorio txar horien tamaina izugarria, eta ekimen asko egin dira haiei aurre egiteko. Nazioartean, Osasunerako Mundu Erakundeak (OME), Pazientearen Segurtasunaren aldeko Munduko Aliantzaren bidez, berariazko ekintza eta programa batzuk jarri zituen martxan (2).

Ildo horretatik, Europako Osasun Batzordeak aholkuak eman dizkie Europar Batasuneko (EB) gobernuei (3). Europako ospitaleetako arretaren kalitatea aztertu zuen lantaldearen arabera, Europako ospitaleetan dauden hamar pazientetatik batek saihestu zitezkeen ondorio txar bat jasaten du.

Espainia mailan, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasuneko Ministerioaren (MSSSI) Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Agentziak, autonomia-erkidegoekin lankidetzan, Pazientearen Segurtasunaren Estrategia jarri zuen martxan, Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Planaren esparruan (4). Estrategia horren barnean, zenbait azterlan egin ziren ebaluatzeko ondorio txarrek zer maiztasun zuten Osasun Sistema Nazionalaren zenbait esparrutan. Espainia mailan ospitaleetan egin zen Ondorio Txarren Azterlanaren arabera (ENEAS), ondorio txarren % 9,3 osasun-arretarekin erlazionatuta zeuden 2005ean, eta haietatik % 42,8 saihestu zitezkeen (5).

EPIDEA (Ondorio Txarren Prebalentziaren Azterlana ospitaleko asistentzian) azterlanaren arabera (6), osasun-arretarekin erlazionatutako ondorio txarren prebalentzia % 7,9 izan zen 2012an (behin-behineko datuak). Lehen Mailako Arretaren esparruan, Lehen Mailako Arretako Ondorio Txarren Azterlan Nazionalak (APEAS) kalkulatu zuen Lehen Mailako Arretako 100 kontsultatatetik batean ondorio txarrez hitz egin daitekeela (7).

EPIDEA azterlanaren 2011. urteko edizioan, Osakidetzaren sarea osatzen duten 14 ospitaleek parte hartu zuten; ondorio txarren prebalentzia % 7,8 da. Ondorio txarrik batik bat zainketa kritikoen unitateetan (% 18,6) eta zerbitzu kirurgikoetan (% 6,6) erregistratu ziren; sarrienak (% 50,2) infekzioarekin zerikusia zuten edo prozeduraren batekin erlazionatuta zeuden (% 27,9).

Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Planaren Pazientearen Segurtasunaren Estrategiaren printzipioek osasun-arretarekin erlazionatutako eragileen inplikazioa hartzen dute oinarritzat: autonomia-erkidegoak, hezkuntzako eta ikerketako erakundeak, bai eta profesionalak eta pazienteak ere, zeinek, esplizituki, osasun-arreta seguruagoaren aldeko estrategian zientzia-sozietate eta elkarteen bidez, hurrenez hurren, inplikatzeko konpromisoa sinatu baitzuten. Esparru horretan garatutako

jarduerak bultzada eman die hainbat ekimeni, zeinen helburua baita osasun-arretaren segurtasuna hobetzeko nazioartean gomendatzen diren elementu nagusi guztiak aintzat hartzen dituzten helburuak erdiestea. Estrategia horren barnean egindako jardueren multzoa 2005-2011 aldiko txosten batean deskribatu eta bildu da (8).

Ondorio txarrek osasun-gastua handitzea eragiten dute, zuzenean haiekin erlazionaturiko ospitaleratzeak gertatzen direlako, egonaldiak luzatzen direlako, edo saihestu zitezkeen proba eta tratamendu gehiago egin behar izaten direlako. Hori dela eta, jada aipatutako estrategiez gain, zenbait azterketa egin dira “segurtasun ezak” osasun-arretan berekin dakartzak kostuan kuantifikatzeko (9, 10). Azterketa horiek agerian jarri dute kostua handia dela, gorako joera duela eta osasun-sistemaren bideragarritasuna kinka larrian jar dezakeela epe ertainean.

Osakidetzan, pazientearen segurtasunarekiko lehen hurbilketak infekzio nosokomialaren prebentzioarekin du zerikusia. 1990ean, Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko INOZ plana egin zen, Osakidetzan infekzio nosokomiala prebenitzeko eta kontrolatzeko egiten diren jarduerak biltzen dituena. 1991n, infekzio nosokomiala zaintzeko eta kontrolatzeko esparruan ziharduten profesionalen adostasunez, batzorde korporatibo bat (INOZ Batzordea) sortu zen, eta gaur egun Infekzio Nosokomialak Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak (PVPCIN) izenez ezagutzen denaren oinarriak ezarri zituzten.

Plan horiek estrategia bateratu eta adostua ziren Osakidetzaren sare osorako, eta lehen pausoak eman ziren infekzio nosokomialaren aurkako borrokan, eta, beraz, pazientearen segurtasunaren alde. Hasiera hartan infekzio nosokomialaren zainketari buruzko akordio puntuala izan zena, gaur egun, infekzio nosokomialaren zainketarekin, prebentzioarekin eta kontrolarekin loturiko jarduera-multzo konplexua da, eta Euskal Autonomia Erkidegoko ospitale guztietan egiten da.

Jarduera horietarako erabakigarria izan da INOZ Batzordea, zeinak lan oparoa egin baitu urte hauetan guztietan, eta erreferentziazko lan eta dokumentu asko argitaratu baititu; besteak beste, hauek: “Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua ”, 1994an (11); “Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua. I. eranskina”, 1997an (12); “Infekzio nosokomialaren liburu zuria”, 1997an (13); “Esterilizazio-prozesua kudeatzeko gida”, 2004an (14); eta “Eskuetako higienaren gida langile sanitarioentzat”, 2009an (15).

Osasun Publikoko Programen Koordinazioaren (Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza) eta INOZ Batzordeko kideen arteko lankidetzatik, infekzio-probabilitatea gutxitzeko helburuarekin, “Osakidetzak-Euskal Osasun Zerbitzuko azpiegiturekin lotutako arrisku mikrobiologikoak txikiagotzeko gomendioak” dokumentuaren lehen edizioa argitaratu zen 1999an (16). Dokumentu hori berrikusi eta eguneratu egin zen bigarren argitalpenean, 2009an (17).

Infekzio Nosokomialak Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planaz gain, pazientearen segurtasunarekin erlazionatutako beste bi arlo garatu ziren:

1) Hemoderibatuen kudeaketa, Transfusio eta Giza Ehunen Euskal Zentroa sortuz 1992an eta Transfusioen eta Giza Ehunen EAeko Horniketa Sarea sortuz 2001ean.

2) Medikazioaren kudeaketa, 2002an EAeko Farmakozaintza sistema eta Farmakozaintza Zentroa (1989an sortua) erregulatuz.

Osakidetzaren plangintza estrategikoaren barnean, 2003-2007ko Kalitate Plana garatu zen, eta “Osasun-arretako pazienteen segurtasunaren hobekuntza” berariazko lerro bat sortu zen han. Jarduera-lerro horretan sartu ziren, infekzio nosokomiala, sendagaien erabilera segurua eta hemozainketaz gain, pazientearen segurtasunarekin erlacionatutako beste alderdi batzuk; zehazki, presiozko ultzerak eta ererikoak, eta, halaber, asistentzia-unitateetako konplikazioen monitorizazio erregularra.

“Erabateko kalitatea” lortzeko orientazio estrategikoari esker, azken hamarkadan prozesukako kudeaketarekin erlacionatutako kultura zabal bat garatu da erakunde guztietan, eta kultura horrek aukera eman du segurtasunaren eta arriskuen kudeaketaren kultura sartzeko (18).

2008an, “2008-2012ko Plan Estrategikoa: bikaintasunetik berrikuntzara” jarri zuen martxan, eta segurtasun klinikoa lerro estrategikotzat hartu zuen asistentzia-eredua (MA4) atalaren barnean, bi helburu nagusirekin: i) MA4.1, tokiko osasun-arretarekin lotutako ondorio txarrak kudeatzea (zerbitzu, unitate eta zentroetan); monitorizazio-, neurketa- eta jakinarazpen-sistema bat egituratuz. ii) MA4.2, osasun-arretarekin lotutako infekzioen eragina murriztea, eta baita sendagaien erabilerari lotutako ondorio txarrak izateko arriskua ere (19).

Jarduera horiek guztiak egin ahal izateko, Osakidetzako osasun-erakundeak hainbat zerbitzu mediko eta kirurgikotako (Zainketa Intentsiboak, Larrialdiak, Farmazia, Medikuntza Prebentiboa, Lehen Mailako Arreta...) profesional ez osatutako talde funtzional eta diziplina anitzekoez hornitu dira, eta, metodologikoki, Kalitateko unitateen laguntza izan dute. Talde horien ardatza zerbitzu-erakunde barneko pazientearen segurtasuna izan da, eta arriskuen kudeaketaren ekintza-lerroaren zabalkundean, sentsibilizazioan eta trebakuntzan parte hartu dute.

Osakidetzako Erakunde Zentralaren mailan, Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren Osasun Publikoko Programen Koordinazioa eta Pazientearen Segurtasunaren mendean diharduen talde bat ere badago, lehen aipatutako talde horiek koordinatzeko eta laguntzeko.

Pazientearen segurtasunarekin bat eginik, zerbitzu-erakundeetan “segurtasun-erreferente” deiturikoak daude. Profesional horiek, beren asistentzia-jardueraz gain, pazientearen segurtasunaren arloko aholkularitza- eta gidaritza-lanak egiten dituzte beste profesional batzuentzat. Helburu korporatiboen transmisio-uhala dira, eta erakundeetan pazientearen segurtasunaren estrategia gidatzen eta zabaltzen laguntzen dute.

Segurtasun-erreferentearen irudia funtsezkoa da Osakidetzako zerbitzu-erakundeetan segurtasunaren kultura sortzeko eta mantentzeko.

Laburbilduz, begi-bistakoa da Osakidetza ez dela hutsetik abiatzen pazientearen segurtasunaren alorrean. Alabaina, gaur egungo egoerak aurreko etapek ez bezalako ezaugarriak ditu; hauek, hain zuzen ere:

- Asistentzia gero eta konplexuagoa, zeinak areagotu egin baitezake segurtasunean hutsuneak izateko probabilitatea; horrek arrisku berriak ekar diezazkioke pazientearen segurtasunari, eta, horrenbestez, analisi-metodo berriak eta hesi berriak behar dira.
- Alderantzizko piramide demografiko bat, adin handiko, kronikotasun nabarmeneko eta asistentzia-konplexutasun gero eta handiagoko pazienteak dituen; askotariko probak eta tratamenduak behar dituzte, eta segurtasunean gorabeherak izateko probabilitatea handitzen dute.
- Oso ingurune aldakorra eta sofistikatua; aurrerapen teknologiko garrantzitsuek asistentzia- eta antolakuntza-ereduen konplexutasun gero eta handiagoa eragiten dute, eta etengabe eguneratu eta berritu behar izatea dakar horrek.
- Egoera ekonomiko zaila, sektore publikoan gastuari eusteko politika zehatzak ezaugarritzen dutena; hori dela eta, hobeto aprobetxatu behar dira giza baliabideak eta baliabide materialak, segurtasun handieneko osasun-arreta bermatzeko, eta, aldi berean, gaur egungo egoera ekonomikoarekin bateragarri egiteko.
- Giza baliabideak kontratatzea eta ondasunak eta zerbitzuak lortzea oztopatzen duen lege-esparrua.
- Pazientearen segurtasunarekin motibatua dagoen prestakuntza handiko pertsonal sanitarioa; goi-mailako gaitasunak eta trebakuntza etengabea dituzte langileek erronka horiei aurre egiteko, eta asistentzia-eredu gero eta konplexuago batera egokitzeko ahalegin gehigarria egiteko eskatzen zaie.
- Informazio-bolumen handia duten pazienteak, eskaera espezifiko gero eta handiagoak dituztenak eta gero eta gehiago eskatzen dutenak osasun-arretaren beharrari dagokionez.
- Antolaketa-egitura berriak, erakunde sanitario integratuetako (ESl) arreta-ereduari erantzuteko.
- Teknologia berriak egokitzeko eta ezartzeko beharra, antolaketa eta asistentzia mailan informatizazio-bolumen handiagoa lortzeko; esaterako, historia kliniko informatizatua.

Eskakizun horiek guztiak asetzea erronka berri bat da, eta, horretarako, ezinbestekoa da gaur egungo Osakidetzako Pazientearen Segurtasunaren Estrategia aintzat hartzen duen dokumentu bat.

ANTOLAMENDU-EREDUA

Osakidetzako Pazientearen Segurtasuna programa korporatiboak, Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren mendekoa, elementu hauek ditu oinarri:

- Pazientearen segurtasun-erreferenteak
- Proiektu korporatibo bakoitzerako lantalde espezifikoak
- Talde korporatiboa

Pazientearen segurtasun-erreferenteak haren zerbitzu-erakundearen gerentziak izendatzen ditu arloa dinamizatzeko, gai horretan duten ezagutzagatik eta inplikazioagatik. Ezinbesteko lotura dira beren erakundearen lerro eta proiektu korporatiboetan eragiteko.

Proiektu korporatibo bakoitzerako lantalde espezifikoak, berriz, dagokion proiektu korporatiboa sustatzeko ezagutza eta ekarpen-gaitasuna duten Osakidetzako profesionalen ordezkari-hautaketa batekin osatuko dira. Lantalde horietan, osasun-arretan jarduten duten profesionalak daude, eta ekintza-lerro bakoitzerako ekintza zehatzak bideratzen dituzte, beren irizpideen arabera.

Pazientearen Segurtasunerako talde korporatiboak, azkenik, Osakidetzako Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasuneko Programen Koordinazioan parte hartzen du, Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren esanetara. Haren funtzioa da proiektuak koordinatzea, laguntzea, dinamizatzea eta ebaluatzea.

Programa korporatiboaren kudeaketan ahalik eta eraginkortasun handiena lortzeko, proposatu da ahalik eta profesional gehienak inplikatzeko ekarriko duen sareko lan-eredu bat ezartzea pixkanaka, Osakidetzako pazientearen segurtasuneko zuzendaritza-batzorde baten orientazioarekin.

HELBURU ESTRATEGIKOAK ETA EKINTZA-LERRO KORPORATIBOAK

Gaur egungo egoera gero eta konplexuagoa da arreta eta antolaketa mailan, eta, halaber, pazienteari ahalik eta segurtasun-maila handiena ziurtatu nahi zaio; hori dela eta, errealitate hori aintzat hartzen duten eta sistemaren bideragarritasuna bermatzen duten helburu estrategikoak finkatu behar dira.

Helburu ekonomikoak eta pazientearen segurtasuna uztartzeko beharra babesten du, halaber, gero eta handiago den ebidentzia zientifiko batek: pazientearen segurtasuna gastua arrazionalizatzeko elementu egituratzailea dela.

Izan ere, arlo horretan segurtasunik ez egoteak biderkatu egiten du ematen den osasun-arretaren kostua, eta “pazientearen segurtasunari ez dagozkion kostuak” deiturikoak sortzen dira.

Hori dela eta, erronka horiei aurre egiteko, helburu estrategiko hauek proposatu dira pazientearen segurtasunaren arloan, maila korporatiboan:

1. Pazientearen segurtasuna osasun-arretaren oinarri bihurtzea, Osakidetzaren segurtasun-kulturari eusten laguntzeko.
2. Osasun-arretari lotutako gertakizun kaltegarrien arriskua minimizatzea Osakidetzaren asistentzia-maila guztietan.
3. Gastua arrazionalizatzeko eta hari eusteko behar den politika bateragarri bihurtzea kalitateko osasun-arretarekin eta goi-mailako segurtasunarekin, hartara segurtasuna-eraginkortasuna binomioa gauzatzeko.
4. Segurtasunean egon litezkeen hutsuneak gutxitzeko teknologia berrien sustapena aprobetxatzea, Osakidetzako osasun-arretari lotutako arriskuak minimizatzeko.
5. Pazientearen segurtasunean lortutako esperientzia erakundearen egoera berrira egokitzea, arreta integratuko ereduaren barruan (osasun-erakunde integratuak).

Helburu horiek lortzeko, eskuragarri dagoen ebidentzia zientifikoan oinarrituta, Osakidetzan ekintza-lerro hauek daude ezarrita gaur egun:

1. Osasun-Arretarekin Erlazionatutako Infekzioen (OAEI) prebentzioa eta kontrola.
2. Kirurgia segurua.
3. Segurtasuna Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren asistentzia-prozesuan.

4. Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistema (SNASP).
5. Erradiazio ionizagarria darabilten diagnosi-proben preskripzioaren optimizazioa.
6. Jardunbide egokiak sendagaiak ematean.
7. Jardunbide egokiak erizaintzako zaintza-lanetan.
8. Transfusioen segurtasuna: odol-osagaien eta ehunen emaileak eta hartzaileak.
9. Pazientearen segurtasunaren gaineko trebakuntza.

Horrez gain, pazientearen segurtasunaren arloko ekintza-lerro korporatibo berri hauek sartzea aurreikusten da (20), estatuko eta nazioarteko aginduei jarraikiz eta Euskadiko Osasun Planeko eta Lerro estrategikoak eta ekintza planak. Osakidetza 2013-2016-ren arabera:

1. Pazientea okerrik egin gabe identifikatzea.
2. Medikazioa bateratzea.
3. Pazienteak osasun-arretaren segurtasunean duen inplikazioa.
4. Gernu-kateterrari lotutako gernu-traktuko infekzioak gutxitzea.

Lerro berri horietako batzuen edukiaren zati bat lehendik ere ari ziren garatzen zerbitzu-erakunderen batean, eta Osakidetza guztian hedatu behar da.

Lehen azaldutako helburu orokorrez gain, ekintza-lerro bakoitzean aurreikusten diren helburu espezifiko batzuk ere badaude.

Atal horietako bakoitzean aipatzen dira helburu horiek, eta dokumentu honetan xehatuz joango gara.

1. taulan, Osakidetzako Pazientearen Segurtasunaren Estrategia osatzen duten ekintza-lerroak laburbiltzen dira.

1 taula. Osakidetzako Pazientearen Segurtasunaren Estrategia osatzen duten ekintza-lerroak: 2013-2016.

OSAKIDETZAKO PAZIENTEAREN SEGURTASUNAREN ESTRATEGIAKO EKINTZA-LERROAK
GAUR EGUNGO EKINTZA-LERRO KORPORATIBOAK
1. EL. Osasun-asistentziarekin erlazionatutako infekzioen (OAEI) prebentzioa eta kontrola 2. EL. Kirurgia segurua 3. EL. Segurtasuna Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren asistentzia-prozesuan 4. EL. Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistema (SNASP) 5. EL. Erradiazio ionizagarria darabilten diagnosi-proben preskripzioaren optimizazioa 6. EL: Jardunbide egokiak sendagaiak ematean 7. EL: Jardunbide egokiak erizaintzako zaintza-lanetan 8. EL: Transfusioen segurtasuna: odol-osagaien eta ehunen emalleak eta hartzaileak 9. EL. Pazientearen segurtasunaren gaineko trebakuntza
EKINTZA-LERRO KORPORATIBO BERRIAK
10. EL. Pazientea okerrik egin gabe identifikatzea Osakidetzan 11. EL. Medikazioa bateratzea 12. EL. Pazienteak osasun-arretaren segurtasunean duen inplikazioa 13. EL. Gernu-kateterrari lotutako gernu-traktuko infekzioak gutxitzea.

Osakidetzako
Pazientearen
Segurtasuneko gaur
egungo ekintza-lerro
korporatiboak



1. EL. OSASUN-ASISTENTZIAREKIN ERLAZIONATUTAKO INFEKZIOEN (OAEI) PREBENTZIOA ETA KONTROLA

OINARRIA

Osasun-arretarekin Erlazionatutako Infekzioak (OAEI) osasun publikoko arazo garrantzitsua dira, bai eragiten duten morbiditate- eta heriotza-tasarengatik, bai arretaren kalitatean eta osasun-gastuan duen eraginarengatik.

1970eko hamarkadaren hasieran, Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) zentroek SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) proiektua egin zuten, AEBko infekzio nosokomiala (IN) zaintzeko eta kontrolatzeko programen eraginkortasuna baloratzeko xedearekin. Azterketa horren arabera, infekzio nosokomialen % 32 saihestu egin liteke infekzioa kontrolatzeko programa eraginkorrak hartuko balira (21, 22).

Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) pazienteen segurtasunaren aldeko Munduko Aliantza sortu zen 2004an, pazientearen segurtasunaren arloko hobekuntzak koordinatzeko, hedatzeko eta azkartzeko mundu guztian. Aliantza horretan garatu den pazientearen segurtasunaren aldeko lehen mundu-erronka izan da osasun-arretarekin erlazionatutako infekzioena, zeina ospitaleratutako pazienteen heriotzaren eta morbiditatea haztearen kausa nagusietako bat baita. “Arreta garbia arreta seguruagoa da” kanpainaren bidez, osasun-arretako eskuen higiena sustatu da, osasun-arretari lotutako infekzioak gutxitzeko funtsezko neurri gisa, eta pazientearen segurtasuna arlo guztietan hobetzeko (23).

Osasun Sistema Nazionalaren mailan (OSN), 2005etik ari dira egiten Pazientearen Segurtasunaren Estrategia, autonomia-erkidegoekin lankidetzan. Estrategia horren helburu espezifikotako bat da jardunbide seguruak ezartzea. Haien barruan, OAEIak prebenitzea izan da lehentasunezko ildoetako bat. Garatutako jardunbide egokietatik, nabarmentzekoak dira Esku Higiena programa, Zero Bakteriemia programa eta Zero Pneumonia proiektua (8).

Osakidetzan, infekzio nosokomiala prebenitzea eta kontrolatzea lehentasunezko helburuak dira, bi hamarkadatan baino gehiagoan, gure erkidegoko osasun-sistema osorako. 1988an, “Euskadirako Osasun Politika 2000” egiten lagundu genuen. Politika horretan, bi helburu zeuden infekzio nosokomialen maiztasuna murrizteari eta Osakidetzaren ospitaleetako zaintza- eta kontrol-programen garapenari buruzkoak (24). Orduetik, infekzio nosokomialak murriztea izan da Euskal Autonomia Erkidegoan egin diren askotariko osasun-planen helburuetako bat (25, 26). Helburu horiek betetzeko,

hainbat lan-ildo, programa eta proiektu jarri dira martxan, eta, besteak beste, hauek dira nabarmentzekoak:

- INOZ plana (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana)
- ZERO Bakteriemia proiektua
- ZERO Pneumonia proiektua

INOZ PLANA

AURREKARIAK

INOZ plana (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana) 1990ean hasi zen, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren, Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren eta Osakidetzako ospitale-zerbitzuen ekintza ugaritan oinarrituta. Erakunde horiek bat egin zuten, hain zuzen ere, Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomialak zaintzeko eta kontrolatzeko programak garatzeko plan bat martxan jartzeko beharrari aurre egiteko. Hona hemen INOZ planaren funtsezko bi helburuak: Osakidetzako ospitaleetako infekzio nosokomialen maiztasuna murrizteko, batetik, eta, bestetik, infekzio nosokomialak zaintzeko eta kontrolatzeko planak garatzeko.

1991n, INOZ plana garatzeko batzordea sortu zen, INOZ Batzordea, kide hauez osatua: infekzio nosokomialak zaintzeko eta kontrolatzeko programez arduratzen diren ospitale-zerbitzuetako, Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzako eta Osasun Saileko Informazio, Irakaskuntza eta Ikerketa Zuzendaritzako profesionalak. Osakidetzako sarearen barruan infekzio nosokomialen arloko erreferente teknikoen talde modura ezarri zen batzorde hori, Osasun Laguntzako Zuzendaritzaren infekzio nosokomialen arloko aholkularitza-batzorde gisa.

INOZ planak indarrean jarraitzen du gaur egun ere, eta, besteak beste, jarduera hauek ditu:

- INOZ batzordea
- INOZ zaintza-sistema
- Infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko plana
- INOZen aplikazio informatikorako proiektua
- Eskuetako higieena

Ordutik egindako lanak aukera eman du infekzio nosokomialen maiztasunaren inguruko eta Osakidetzako ospitaleetan dituen arrisku-faktoreen inguruko ezagutza handitzeko, bai eta infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko programak gehiago garatzeko ere.

INOZ BATZORDEA

Lehen azaldu bezala, Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomialak zaintzeko eta kontrolatzeko programak sustatzeko sortu zen INOZ batzordea. Funtzionatzen eman zuten lehen hamarkadan, erreferentzia-gida ugari egin ziren infekzio nosokomialaren kontrolean; gure sarean ez ezik, handik kanpo ere bai: *Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua*, 1994an eta 1997an (11, 12), eta *Infekzio nosokomialaren liburu zuria*, 1997an (13).

Gaur egun, Osakidetzako ospitaleetan infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planen ardura duten medikuek eta erizainek eta Asistentzia Sanitarioko

Zuzendaritzako profesionalek osatzen dute INOZ batzordea. Batzordea aldiari behin elkartzen da, eta, besteak beste, funtzio hauek ditu:

- Infekzio nosokomiala zaintzeko eta kontrolatzeko helburuak eta estrategiak eztabaidatzea.
- Infekzio nosokomiala zaintzeko sistemetan lortutako emaitzekin erlazionatutako etorkizuneko joerak eta jarduerak ezartzea.

INOZ ZAINZA-SISTEMA

INOZ zaintza-programak ibilbide luzea du gure autonomia-erkidegoan. 1990ean, infekzio nosokomialaren intzidentziaren lehen azterketa, INOZ azterketa, egin zen EAEn, eta une horretan zeuden Osakidetzako paziente akutuen 10 ospitaleek hartu zuten parte azterketa hori egiten. Azterketa honen emaitzak oinarri hartuta, lehentasunezko helburutzat hartu zen Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomialak murriztea. 1991-1995 aldian, infekzio nosokomialen zaintza modu heterogeneoan egin zen Osakidetzako ospitaleetan, prebalentzia-azterketen bidez, hala nola EPINE azterketa (Espainiako infekzio nosokomialen prebalentzia-azterketa) eta intzidentzia-azterketak. INOZ batzordeak proposatuta, eta Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak —besteak beste, baterako azterketak eta azterketa alderagarriak egitera zuzenduak— garatzeko ahalegin guztiak bideratzeko, Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Unitate bat ezarri zen.

Gaur egun, intzidentzia- eta prebalentzia-azterketen bidez egiten da infekzio nosokomialaren zainketa. Intzidentzia-azterketa korporatiboak 1996-1997an hasi ziren egiten. Gaur egun, Osakidetzako ospitale guztiek egiten dituzte, Osasun Mentaleko sareetakoek izan ezik. Azterketak urtero egiten dira, urriaren 1etik hurrengo urteko irailaren 30era bitartean.

INOZ batzordeak zehazten ditu, urtero, monitorizatu beharreko prozedurak eta lortu beharreko estandarrak. Eskuarki, bi prozedura kirurgiko monitorizatzen dira gutxienez: bata, kirurgia garbitzat jotzen dena, eta bestea, kirurgia garbi kutsatuztat jotzen dena. Programa Kontraturako infekzio nosokomialaren adierazleak urtero adosten dira Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko lurralde-ordezkaritzen artean Osakidetzako zerbitzu-erakundeekin, eta INOZ batzordeak proposatzen dizkio Osasun Sailari. Azken horrek zehazten du, azkenik, zer adierazle sartu.

Gaur egun, hauek monitorizatzen dira paziente akutuen ospitaleetan: koloneko hautapenezko kirurgia (2001etik), aldakako kirurgia protesikoa eta aldakako protesia aldatzekoa (2005etik), eta belauneko kirurgia protesikoa eta belauneko protesia aldatzekoa (2011tik). Egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan, ospitaleetako arlo medikoan egiten da infekzio nosokomialaren intzidentziari buruzko azterketa.

Aipatutako azterketa korporatiboez gain, ospitale bakoitzak infekzio nosokomialaren hainbat intzidentzia-azterketa egiten ditu urtean zehar, interesaren arabera: beste prozedura-mota batean, hala nola kirurgia kardiakoan, edo zerbitzu espezifikoren batean, hala nola Bizkortzean, edo gailuren batekin erlazionatutakoan.

Prebalentzia-azterketei dagokienez, EPINE azterketa urtero egiten da, 1990etik. Osakidetzako ospitaleak lehen urteetan joan ziren azterketan sartuz. Gaur egun, Osakidetzako paziente akutuen ospitale eta egonaldi ertain-luzeko ospitale guztiek hartzen dute parte azterketan.

Infekzio nosokomialen zaintzari eta kontrolari buruzko informazioa modu sistematikoan eta homogeenan jasotzen laguntzeko, 1997an tresna informatiko bat garatu zen. Tresna horri esker, zentroetako infekzio nosokomialaren intzidentzia zenbatekoa den jakin ahal izan da, hura azaltzen lagundu duten faktoreak zehaztu, eta neurri zuzentzaileak ezarri ahal izan dira (27).

INFEKZIO NOSOKOMIALA ZAINTEKO, PREBENITZEKO ETA KONTROLATZEKO PLANA (PVPCIN)

Osakidetzako ospitaleetan Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak (PVPCIN) 1999an sortu ziren, INOZ batzordearen ekimenez (28). Osasun-arretari lotutako infekzioa prebenitzeko, zaintzeko eta kontrolatzeko jardueri lotutako baldintza teknikoen multzo gisa garatu ziren plan horiek, eta infekzioak pazientearen segurtasunean zuen inpaktua txikiagotzera bideratuta zeuden. 2000tik, eta aldi behin, PVPCINen ebaluazioak egiten dira. 2008an, ikuskapen-sistema berri bat, zentroek PVPCINetan sartzen diren irizpideen inguruan egindako autoebaluazioak oinarri dituztenak, hasi ginen erabiltzen. 36 irizpide ebaluatu ziren, 7 arlotan banatuta:

1. Planaren ikuspegia eta egitura
2. Ingurumen-biosegurtasuna
3. Asistentzia-prozesua
4. Garbitasuna, desinfekzioa eta esterilizazioa
5. Kutsatze gurutzatua
6. Infekzioaren emaitzak
7. Infekzioari lotutako beste alderdi batzuk

Arlo horietako bakoitzak infekzio nosokomiala zaintzeari, prebenitzeari eta kontrolatzeari lotutako irizpideak ditu. PVPCINen azken autoebaluazioa 2010ean egin zen.

INOZ-EN APLIKAZIO INFORMATIKORAKO PROIEKTUA

Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planaren 2004ko eta 2008ko ebaluazioetan hautemandako hobekuntza-eremuen artean jaso zenez, sistema bat behar zen ospitale barneko agerraldiak zaintzeko eta haien gaineko alerta aktiboa ezartzeko, baita erresistentzia anitzeko mikroorganismoak izateagatik bakartuta daudenen segimendua egiteko ere; era berean, infekzio nosokomialarekin erlacionatutako azterketa epidemiologikoetarako beste informazio-sistema bat ere behar zela adierazi zen. Azken hiru urteetan, beste tresna informatiko bat garatu da, Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomialak zaintzen, prebenitzen eta kontrolatzen laguntzeko. Aplikazio berriak bi modulu ditu:

- Azterketa epidemiologikoen modulua: haren helburua da Osakidetzako ospitale-zentroetako intzidentziaren azterketa epidemiologikoak egiten eta kontrolatzen laguntzea.
- Zaintza epidemiologikoko modulua: aukera ematen du infekzioa eta/edo kolonizazioa dela-eta ospitaleratuta dauden pazienteak zaintzeko, kontrolatzeko eta haien jarraipena egiteko.

Gaur egun, aplikazioaren probak egiten ari dira Osakidetzako bi zerbitzu-erakundetan.

ESKUETAKO HIGIENEA

Lehen azaldu bezala, INOZ planaren barruan garatutako ekintza-lerro bat eskuetako higieneari buruzko izan da. 2005ean, OMEk pazientearen segurtasunaren aldeko lehen mundu-erronka botatu zuen: “Clean Care is Safer Care” (arreta garbia arreta seguruagoa da). Helburua zen mundu osoan aintzat hartzea infekzioen kontrola ezinbesteko oinarri sendoa dela pazienteen segurtasunerako, eta eskuetako higieak funtsezko rola duela osasun-arretari lotutako infekzioak murrizten (29).

Programa horretako osagai garrantzitsuenetako bat “Save lives: Clean your hands” (salbatu bizitzak: garbitu eskuak) kanpaina da, osasun-langileen eskuetako higienarako ohiturak hobetzera bideratua. Kanpainaren helburua zen osasun-langileak konturatzea beharrezkoa dela eskuetako higiea hobetzea eta jardunbide egokiak une eta modu aproposan zaintzea, hilgarriak izan litezkeen infekzioak osasun-zentroetan gutxiago hedatzeko.

2008tik, Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Kalitatearen Agentziak Eskueta Higienea programa sustatzen du, “Arreta garbia arreta segurua da” Osasunaren Mundu Erakundearen pazientearen segurtasuneko programako lehen mundu-erronkaren barruan. Espainia, ofizialki, 2006ko urrian atxiki zitzaion (8).

2008an, OSN mailako koordinatzaile-talde bat sortu zen, autonomia-erkidego guztietako eta Kalitatearen Agentziako adituez osatua, Eskueta Higienea programa garatzeko.

Hauek dira programaren helburu nagusiak:

1. Profesionalen, pazienteen eta senitartekoen eskueta higiea hobetzea, OSNko osasun-arretarekin erlazionatutako infekzioak murrizteko.
2. OMEren eskueta higiearen estrategia OSN mailan garetzea sustatzea.

Programak helburu espezifiko hauek ditu, besteak beste:

1. Denen oinarrizko jarduerak adostea.
2. Autonomia-erkidegoetako maila batean eta bestean ezar daitezkeen ebaluazio-adierazleak eta -tresnak identifikatzea.
3. Profesionalei informazioa eta trebakuntza ematea eskueta higienari buruz, trebakuntza-tailerren, eskueta higiea onlineko ikastaroaren eta abarren bidez.

Euskal Autonomia Erkidegoan, lantalde operatiboen barruan, Eskuetako Higienearen Taldea dago, eta Osasun, Gizarte Zerbitzu eta berdintasun Ministerioaren Eskuetako Higienearen Aritu Batzordean parte hartzen du. Egindako beste jarduera batzuetatik nabarmentzekoak dira osasun-profesionalek eskuetako higiena zaintzeko gida (Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios) (15), eskuetako higienearen alde sarean egindako kanpaina, eta erreferenteei eskuetako higienearen gaineko prestakuntza emateko jarduerak.

HELBURUAK

2013-2016 aldirako proposatutako helburuen artean, hauek daude, INOZ planeko jarduerekin lotutakoak:

INOZ BATZORDEA ETA INOZ ZAINZA-SISTEMA

1. Infekzio nosokomialaren zaintzan eta kontrolean lan egiten duten profesionalen arteko topaguneak –urtean gutxienez bat– egitea sustatzea.
2. “Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua” eguneratzea.
3. Ospitale mailako erresistentzia anitzeko mikroorganismoen prebalentziaren azterketa korporatibo bat planifikatzea eta diseinatzea. Azterketa horrek aukera eman behar du mikroorganismo horiek gaur egun ospitaleetan zer banaketa duten jakiteko.
4. Urtero egiten diren infekzio nosokomialeko azterketa epidemiologikoak berrikustea, eta prozedura berriak sartzea baloratzea.

INFEKZIO NOSOKOMIALA ZAINTEKO, PREBENITZEKO ETA KONTROLATZEKO PLANA (PVPCIN)

1. Infekzio nosokomialaren zaintza-sistema indartzea.
2. Infekzio nosokomialen prebentzioa bultzatzea, eta, horretarako, gomendioak eta protokolo adostuak egitea.
3. Arretaren arloan infekzio nosokomiala kontrolatzeko ekintza-lerro berriak garatzea.
4. Osasun-profesioaletan infekzio nosokomiala prebenitzeari buruzko trebakuntza sustatzea.

2013rako ezarritako helburuen artean dago, besteak beste, PVPCINen autoebaluazio-prozesuaren eta ebaluatu beharreko irizpideen berrikuspina eta PVPCINen autoebaluazio hori egitea ospitaleetan.

INOZ-EN APLIKAZIO INFORMATIKORAKO PROIEKTUA

1. INOZ aplikazio informatiko berria baliozkotzea, azkenean zehazten den irismen funtzionalaren arabera, eta aplikazioa kondizio errealetan gidatzea.
2. Aplikazio berria ospitale guztietan ezartzea kudeatzea eta hari buruzko informazioa ematea.

ESKUETAKO HIGIENEA

1. Zerbitzu-erakunde guztietan eskuetako higiene egokia sustatzera bideratutako ekintza-planak egitea bultzatzea.
2. Osakidetzako ospitaleetako eskuetako higinearen adierazleak jasotzea Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Eskuetako Higiena programarako, zeinak helburu hauek baititu:
 - Profesionalen, pazienteen eta senitartekoen eskuetako higiena hobetzea, osasun-arretarekin erlazionatutako infekzioak murrizteko.
 - Osasunaren Mundu Erakundearen eskuetako higinearen estrategiaren garapena sustatzea.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

INOZ batzordeak eta Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasuneko Programen Koordinazioak erronka berriak planteatu ditu OAEIak kontrolatzeko. Gai interesgarri bat da erresistentzia anitzeko mikroorganismoek eragiten duten infekzioa, pazienteetan nahiz osasun-sisteman duten eragina dela eta. Epe ertainera egingo diren jardueren artean dago ospitaleetan erresistentzia anitzeko mikroorganismoek eragindako infekzioaren egoeraren berri izateko azterketa bat egitea. Halaber, erresistentzia anitzeko mikroorganismoek eragiten dituzten infekzioen alerta-sistemari lotutako protokolo bat egingo da. Mikroorganismo horietako bat *Staphylococcus aureus* metizilinarekiko erresistentea (SAMR) da.

PVPCINen autoebaluazioari dagokionez, ebaluatu beharreko irizpideak berrikusi dira, eta, 2013ko azken hiruhilekoan, autoebaluazio bat egingo da paziente akutuen ospitaleetan eta egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan. Horrez gain, kanpo-ebaluazio bat ere egingo da. Horrek aukera emango du hobetu beharreko arloak zein diren jakiteko eta infekzio nosokomialaren prebentzioa eta kontrola hobetzeko neurriak planteatzeko.

Infekzio nosokomiala zaintzeko aplikazio informatiko berria, gaur egun, Osakidetzako bi zerbitzu-erakundetan gidatzen dute. 2014ko lehen hiruhilekoan, paziente akutuen ospitale eta egonaldi ertain-luzeko ospitale guztietan hedatzen amaituko dute.

OAEIak prebenitzeari eta kontrolatzeari lotuta 2013-2016 aldian egingo den lan-ildoetako bat da “Gernu-kateterrari lotutako gernu-traktuko infekzioak (GTI) gutxitzea” ekintza korporatiboa.

EBALUAZIOA

Osakidetzako erakunde-zerbitzuek eta Osasun Saileko Aseguramendu eta Kontratazio Zuzendaritzak sinatzen duten programa-kontratuan jasotzen dira urtero infekzio nosokomialaren adierazleak. 2013ko adierazleak 2. taulan jaso dira.

Eskuetako higieneari lotuta, eta modu espezifikoan, Osasun Sistema Nazionaleko Kalitate Agentziak eskuetako higieneari dagozkion adierazle batzuk jasotzen ditu urtero, 2010etik. OSNko Eskuetako Higienea programaren koordinatzaile-taldeak —autonomia-erkidegoetako, INGESAko eta OSNren Kalitate Agentziako ordezkari teknikoek osatua— adosten ditu adierazle horiek. 2012ko jarduerak ebaluatzeko eskatuko diren adierazleak 3. taulan jaso dira.

2. taula. INOZ planean sartzen diren adierazleak eta estandarrak: paziente akutuen ospitaleak eta egonaldi ertain-luzeko ospitaleak.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Paziente akutuen ospitaleak (infekzio nosokomiala)	
Zauri kirurgikoaren infekzioa, koloneko hautapenezko kirurgian	< % 25
Zauri kirurgikoaren infekzioa, aldakaren kirurgia protesikoan	< % 3
Zauri kirurgikoaren infekzioa, belaunaren kirurgia protesikoan	< % 2
Infekzio nosokomialaren intzidentzia-azterketak egitea arrisku handiko unitateetan	BAI/EZ
Paziente akutuen ospitaleak (profilaxi antibiotikoaren egokitzapena)	
Agindua izan arren profilaxia jasotzen ez duten pazienteen ehunekoa	< % 5
Hasierako egokitzapenaren ehunekoa	> % 90
Iraupenaren egokitzapenaren ehunekoa	> % 90
Egonaldi ertain-luzeko ospitaleak (infekzio nosokomiala)	
INek arlo medikoan duen intzidentziari buruzko azterketak eta hobekuntza-ekintzak	Hobekuntza-plan baten azterketa eta aurkezpena
PVPCIN planaren eguneratzea	Planaren bertsio eguneratu bat izatea, hobekuntzak txertatuak dituen

3. taula. OSNko eskuetako higienearen programa. 2012ko adierazleak.

ADIERAZLEA
Eskuetako higienerari buruzko adierazleak
Gelan alkohol-oinarriko prestakinak dituzten oheen ehunekoa
Arreta-puntuan alkohol-oinarriko prestakinak dituzten zainketa intentsiboen unitateetako oheen ehunekoa
Etxeke arretarako alkohol-oinarriko prestakinak poltsikorako moduko ontzietan dituzten Lehen Mailako Arretako zentroen ehunekoa
Trebakuntza-jarduerak egin dituzten ospitaleen ehunekoa
Trebakuntza-jarduerak egin dituzten Lehen Mailako Arretako zentroen ehunekoa
Alkohol-oinarriko prestakinen kontsumoa ospitaleratzeetan
Arreta-puntuan alkohol-oinarriko prestakinak dituzten oheen ehunekoa
OMEren irizpideen araberako bost unek (edo haietakoren bat) betetzen direla egiaztatu duten ospitaleen ehunekoa
OMEren irizpideen araberako autoebaluazioa egin duten ospitaleen ehunekoa
OMEren tresna erabiliz bost uneei buruzko trebakuntza-jarduerak egin dituzten ospitaleen ehunekoa

ZERO BAKTERIEMIA

AURREKARIAK

Kateter baskularrekin lotutako infekzioak hilkortasunaren eta konplikazioen hazkundearekin lotuta daude, bai eta ospitaleko egonaldiarekin eta kostuekin ere. 1994tik aurrera, Zainketa Intentsiboko Unitate (ZIU) edo zerbitzuetan hartutako infekzioen zaintza ENVIN infekzio nosokomialen zaintzari buruzko Espainiako ikerketaren bidez egiten da –Medikuntza Intentsibo eta Kritikoaren eta Unitate Koronarioen Espainiako Elkarteko gaixotasun infekziosoetako lantaldeak garatua (GTEL-SEMICYUC) (30)–. Zain-kateter zentralari lotutako bakteriemia (KLB) Espainiako ZIUetan gailuekin lotuta maizen gertatzen zen infekzioetako bat zen. Europako beste herrialde batzuetako tasak baino handiagoak ditu Espainiak (HELICS zainketa-programa europarraren arabera).

Frogatu da prebentzio-gidaliburu-eraketako faktore anitzeko, trebakuntzako eta aplikazioko estrategietan oinarritutako ekimen ugari eraginkorrak direla zain-kateter zentralaren (ZKZ) erabilerarekin lotutako bakteriemia-tasak murrizten.

Johns Hopkins Unibertsitateko Peter Pronovost doktoreak (31) Michiganen garatutako faktore anitzeko estrategian oinarrituta, Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasuneko Ministerioaren (MSSSI) Kalitate Agentziak, OMErekin lankidetzan, proiektu bat jarri zuen martxan Osasun Sistema Nazionalean (OSN), ZIUetan kateter zentralarekin lotutako infekzioak prebenitzeko: Zero Bakteriemia proiektua (32).

Proiektu honen aitzindari SEMICYUC izan da, autonomia-erkidegoekin koordinatuta, eta 2009ko urtarriletik 2010eko ekainera bitartean garatu zen. Euskal Autonomia Erkidegoaren eremuan, zainketa intentsiboko bederatzi unitatek hartu dute parte. EAEn, mediku bat eta erizain bat izan dira koordinatzaile, eta, parte hartu duen unitate bakoitzetik, mediku batek eta erizain batek izan duten proiektuaren ardura.

Espainiako KLBren Intzidentziaren Dentsitatearen (ID) batezbestekoa murriztea izan da helburu nagusia: ZKZren 1.000 eguneko 4 bakteriemia-kasu baino gutxiago lortzea; hori Espainiako ZIUetako azken bost urteetako batez besteko tasarekiko % 40 murriztea da.

Horrez gain, bigarren mailako helburu gisa ezarri ziren OSNren ZIUetako segurtasun-kultura bultzatzea eta indartzea, eraginkortasun frogatua duten jardunbide seguruak erabiltzen dituzten ZIUen sare bat sortzea autonomia-erkidegoen bitartez, eta bakteriemia-kasu guztiak dokumentatzea –beste jatorri batzuk dituzten bigarren mailakoak barne–, bai eta haien etiologia eta garatzen dituzten pazienteen ezaugarriak ere.

Proiektuak esku hartzeko bi ildo osagarri zituen:

1. Bakteriemiari aurrea hartzeko **esku-hartze estandarizatu** bat (KLB-STOP). ZKZ sartzearekin eta mantentzearekin lotutako 6 neurri, ezagutza zientifiko hobean oinarrituak, ezartzea eragin du:
 - Eskuetako higie egokia
 - Azala prestatzean klorhexidina erabiltzea

- ZKZ sartzean erabateko hesi-neurriak erabiltzea
 - Kateterra sartzeko zain subklabioa lehenestea
 - Behar ez diren ZKZk kentzea
 - Kateterren erabilera higienikoa
2. **Segurtasun Integraleko Plan (SIP)** bat. ZIUetako eguneroko lanean jarduera hauen bidez segurtasun-kultura sustatzea eta indartzea du xede:
- Segurtasun-kultura ebaluatzea (neurketa basala eta periodikoa)
 - Pazientearen segurtasunaren gaineko trebakuntza
 - Ohiko jardunbideetan erroreak identifikatzea (profesionalek)
 - Aliantzak sortzea osasun-zentroko zuzendaritzarekin, segurtasuna hobetzeko
 - Okerretatik ikastea

HELBURUAK

Trebakuntza jarraitua eta profesionalen arteko topaguneak sustatzea, jardunbide egokiak bultzatzeko eta Osakidetzako ospitaleetako Zainketa Intentsiboetako Unitateetan zainkateter zentralek in lotutako bakteriemia murrizteko.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

Gaur egun, Zero Bakteriemia proiektuaren segimendua egiten jarraitzen da. 2013ko maiatzean aurkeztutako azken datuen arabera, 2012an handitu egin da proiektuari informazioa ematen dioten ZIUen kopurua. Estatu mailan, tasak txikitzen ari dira. Kateterrarekin lotutako bakteriemia primarioaren eta sekundarioaren batez besteko dentsitatea ZKZren 1.000 eguneko 2,78 kasu izan ziren, azterketa-periodo osoan. 2012an, txikitu egin da datua: 2,25 kasu / 1.000 ZKZ-egun.

Gure erkidegoan, bi tasak estatuko batezbestekoaren azpitik daude: zehazki, azterketa-periodoan, kateterrarekin lotutako bakteriemia primarioaren eta sekundarioaren tasa 2,47 kasu / 1.000 ZKZ-egun izan zen, eta 1,76 kasu / 1.000 ZKZ-egun.

Bakteriemia-tasen murrizketa horri eusteko, funtsezkoa da ZIUetan ezarritako jardunbide egokiak indartzea eta mantentzea. Horretarako, aitzindaritzaren argia eta zuzendaritzaren laguntza izan behar da, jardunbide egoki horiek bermatzeko jardueretan.

EBALUAZIOA

Gaur egun, Zero Bakteriemia proiektuaren segimendua egiten jarraitzen da. Proiektuan parte hartzen duten ZIUek bakteriemia-kasuen berri ematen jarraitzen dute ENVIN-HELICS programaren egokitzapen baten bidez –Vall d’Hebron ospitalearen web-orrian ostantatuta dago–.

Bestalde, urtean behin, apirilaren 1etik ekainaren 30era bitartean, medikuntza intentsiboko zerbitzuetako infekzio nosokomialen zaintzari buruzko Espainiako azterlana (ENVIN azterketa) egiten da; kontrolatutako infekzio guztien –besteak beste, kateterrarekin lotutako bakteriamiaren– intzidentzia-tasak eta -dentsitateak jasotzen dira.

ZERO PNEUMONIA

AURREKARIAK

Aireztapen mekanikoak eragindako pneumonia (AMP) 2010ean ZIUn hartutako infekzioen %42 izan zen ia, ENVINeko datuen arabera (33).

Azken urteotan agerian utzi da zer nolako eragina duten oinarrizko gomendioak betetzera eta pazienteen zaintza hobetzera bideratutako neurri-multzoek. Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioaren (MSSSI) Kalitate Agentziak SEMICYUCi eskatu zion, Erizaintza Intentsiboaren eta Unitate Koronarioaren Espainiako Elkartearen (SEEIUC) lankidetzarekin, AMPa prebenitzeko egiten dituzten gomendioen ebidentziak berrikusteko eta esku-hartzeko proposamen bat egiteko, Espainiako aplikagarritasunean eta ebidentzian oinarritutako neurri-multzo batekin (34, 35.).

Proiektuak helburu hauek ditu:

- AMPrako zenbait prebentzio-neurri aplikatzea, estatuko AMPren batez besteko tasa aireztapen mekanikoko 1.000 eguneko 9 gertaera baino gutxiagora murrizteko (hartara, % 40 murriztuko baita 2000-2008 bitartean Espainiako ZIUetan izandako batez besteko tasarekin alderatuta, eta % 25, 2009-2010. urteetan izandakoarekin alderatuta).
- Espainiako Osasun Sistemaren ZIUetan segurtasunaren kultura sustatzea eta indartzea, Segurtasun Integraleko Programa (SIP) baten bidez.
- ZIUen sare bat osatzea eraginkortasun frogatuko jardunbide seguruak egiten dituzten autonomia-erkidegoen bitartez.

Proiektua 2011ko apiriletik 2012ko abendura arte garatu da. Proiektuan Euskal Autonomia Erkidegoko zainketa intentsiboko 9 unitatek hartu dute parte, eta ZIU bakoitzeko mediku eta erizain arduradun bana daude. Zero Bakteriemiaren kasuan bezala, autonomia-erkidegoko erizain eta mediku koordinatzaile bana daude.

AMP prebenitzeko esku-hartzeak bi ekintza-ildo osagarri ditu:

1. Horietako bat STOP AMP izeneko **esku-hartze estandarizatua** da, eta bi neurri-sorta ezartzen ditu aireztapen mekanikoak eragindako pneumonieiei aurrea hartzeko: oinarrizko neurrien sorta bat (nahitaez betetzekoa) eta neurri espezifikoaren beste sorta bat (oso gomendagarria).

Nahitaez bete beharreko oinarrizko neurriak:

- Trebakuntza eta entrenamendu egokia, aire-bidearen manipulazioan
- Eskuen higieze zorrotza, aire-bidea manipulatu baino lehenago
- Ahoko higieze klorhexidina (% 0,12-0,2) erabiliz
- Pneumobuxaduraren presioa kontrolatzea eta mantentzea (> 20 cm H₂O)
- Ahal denean, ahoz gora 0°-an etzanda ez jartzea
- Intubazioa eta/edo haren iraupena era seguruan murriztarazten duten prozeduren alde egitea
- Hodien, hezegailuen eta trakea-hodien aldaketa programatuak saihestea

Aukerako neurri espezifikoak, oso gomendagarriak:

- Glotis azpiko jariakinak etengabe xurgatzea
- Digestio-hodiaren deskontaminazio selektiboa (osoa edo ahofaringeetako).
- Kontzientzia-maila gutxitua duten pazienteetan, intubatuta dagoen bitartean antibiotiko sistemikoak ematea

2. **Segurtasun Integraleko Plana (SIP)**, ZIUetako eguneroko lanean jarduera hauen bidez segurtasun-kultura sustatzea eta indartzea xede duena:

- Segurtasun-kultura ebaluatzea (neurketa basala eta periodikoa)
- Pazientearen segurtasunaren gaineko trebakuntza
- Ohiko jardunbideetan erroreak identifikatzea (profesionalek)
- Aliantzak sortzea zentroko zuzendaritzarekin, segurtasuna hobetzeko
- Okerretatik ikastea
- Paziente kritikoak artatzen dituzten profesionalen arteko komunikazioa areagotzea, eguneroko helburuak ezarriz

HELBURUAK

1. “Zero Pneumonia” proiektuan parte hartzen duten Osakidetzako profesionalen koordinazioa eta elkarren arteko laguntza sustatzea, behar adina bilera, saio eta tailer eginez.
2. Trebakuntza jarraitua eta profesionalen arteko topaguneak sustatzea, jardunbide egokiak bultzatzeko eta ospitaleetako Zainketa Intentsiboetako Unitateetan arnasketa mekanikoa duten pazienteetan pneumonia-kasuak murrizteko.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

Duela gutxi aurkeztu ziren Zero Pneumonia proiektuaren emaitzak. Proiektuan parte hartu duten autonomia-erkidegoetan, arnasketa mekanikoari lotutako pneumoniaren batez besteko intzidentzia-dentsitatea 6,56/1.000 arnasketa mekanikoko egun izan da. EAEn, tasa hori txikiagoa da: 3,28/1.000 arnasketa mekanikoko egun (2012an).

Ikusi da emaitzak aldatu egiten direla ZIUen tamainaren arabera; beraz, kalitate-estandar gisa hartzen den AMP-tasa ospitaleen tamainaren arabera aldatu behar dela proposatu da.

Gure erkidegoko tasak txikituz joan dira 2009an Zero Bakteriemia proiektua abiarazi zenetik.

EBALUAZIOA

Lehen ere esan dugunez, urtean behin, apirilaren 1etik ekainaren 30era bitartean, medikuntza intentsiboko zerbitzuetako infekzio nosokomialen zaintzari buruzko Espainiako azterlana (ENVIN azterketa) egiten da; kontrolatutako infekzio guztien – besteak beste, arnasketa mekanikoarekin lotutako pneumoniaren– intzidentzia-tasak eta -dentsitateak jasotzen dira.

2012an, 4. taulan azaltzen den adierazlea sartu zen Programa Kontratuan.

4. taula. ZIUak dituzten Osakidetzako Zerbitzu Erakundeen Programa Kontratuetan sartu den adierazlea.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
2012 Programa Kontratuan sartutako adierazlea	
ZIUa duten zerbitzu-erakunde guztietan arnasketa mekanikoarekin lotutako pneumonien batez besteko tasa	< 9 kasu / 1.000 arnasketa mekanikoko egun
2013 Programa Kontratuan sartutako adierazlea	
ZIUa duten zerbitzu-erakunde guztietan arnasketa mekanikoarekin lotutako pneumonien batez besteko tasa	< 4 kasu / 1.000 arnasketa mekanikoko egun

2. EL. KIRURGIA SEGURUA

GINARRIA

Kirurgia da pazientearen segurtasunean eragin handiena duen eremuetako bat. Paziente bati ebakuntza bat egiten zaionean, haren segurtasunarekin estuki lotuta dauden gertaeren segida bat jartzen da martxan. Beraz, alderdi askok eragiten dute prozesu kirurgikoan, eta ebakuntza egiten zaien pazienteen morbiditatea eta heriotza handitu dezakete.

Kalkulatu da mundu osoan urtean kirurgia handiko 234 milioi ebakuntza egiten direla; hau da, 25 pertsonako ebakuntza kirurgiko bat egiten da. Ondorio Txarren azken Azterlanaren arabera (ENEAS), ondorio okerren % 7,63 zauri kirurgikoaren infekzioarekin lotu ziren, % 1,68 sutura-dehiszentziarekin eta % 0,46 ebakuntza kirurgikoaren osteko atxikidurekin eta alterazio funtzionalekin. Ondorio okerren % 41,3 zerbitzu kirurgikoetan gertatu ziren, eta horietatik % 24,2 larritzat jo ziren. Aldi berean, 2,1 ondorio oker erregistratu ziren zerbitzu kirurgikoetarako 100 ospitaleratze-eguneko (5). EPINE azterketaren arabera (2011), erregistratutako infekzio nosokomialen % 19,35ek jatorri kirurgikoa zuten. Ebakuntza egin zitzaizen pazienteen infekzio-prebalentzia % 10,23 izan zen. Osasun-asistentziarekin lotutako infekzio kirurgikoaren prebalentzia osoa (jatorri nosokomiala) % 4,53 izan zen (36).

AURREKARIAK

Kontuan hartuta kirurgia dela pazientearen segurtasunean eragin handieneko osasun-arretako ataletako bat, OMEk "Pazientearen segurtasunerako mundu-ituna: kirurgia seguruak biziak salbatzen ditu" (37) jarri zuen martxan. Estrategia horren bidez, OMEk funtsezko helburu gisa ezarri zuen kirurgiarekin lotutako ondorio okerren maiztasuna gutxitzea, eta dekalogo bat sortu zuen kirurgia segurua lortzeko:

1. Ekipoak paziente egokiari egongo dio ebakuntza, leku anatomiko egokian.
2. Anestesia emateagatik gertatzen diren kalteak prebenitzen dituztela dakiten metodoak erabiliko ditu ekipoak, eta, aldi berean, minetik babestuko dute pazientea.
3. Ekipoa behar bezala prestatuta egongo da arnasketaren edo aire-bidearen funtzioaren galera gertatzen bada erantzuteko, eta egoera horiek zein diren jakingo du.
4. Ekipoa behar bezala prestatuta egongo da odol-galera handia gertatzen bada erantzuteko, eta egoera horiek zein diren jakingo du.
5. Pazientearentzat arriskutsuak izan daitezkeela dakiten farmakoekin alergia-erreakzioak edo erreakzio okerrak eragitea saihestuko du ekipoak.

6. Zauri kirurgikoaren infekzio-arriskua minimizatzeko onartzen diren metodoak sistematikoki erabiliko ditu ekipoak.
7. Zauri kirurgikoan ustekabeen gazak edo tresnak uztea saihestuko du ekipoak.
8. Ekipoak zehaztasunez gordeko eta identifikatuko ditu lagin kirurgiko guztiak.
9. Ekipoa eraginkortasunez komunikatuko da eta pazienteari buruzko oinarrizko informazioa trukatu du ebakuntza era seguru batean egiteko.
10. Ospitale eta osasun-sistema publikoek gaitasun, bolumen eta emaitza kirurgikoen zaintza sistematiko bat ezarriko dute.

Helburu horiek betetzeko, zenbait estrategia pentsatu ziren; besteak beste, segurtasun kirurgikoko estandarrak hobetzeko egiaztapen-zerrenda bat sortzea: check-list kirurgikoa.

Estrategia horrekin bat eginez, Osakidetzak check-list kirurgikoa sartu zuen bere pazientearen segurtasunerako programa korporatiboan. Zerbitzu-erakundearen artean check-list kirurgiko bat adostu zen (enbor komuna), OMEren gomendioetan oinarrituta. Hasiera batean, check-lista paperean erabiltzen hasi zen zerbitzu-erakunde kopuru mugatu batean. Pixkanaka, erabilera handituz joan da, bai prozedura kirurgiko kopuruari dagokionez, bai zerbitzu-erakunde kopuruari dagokionez.

Azkenik, 2012ko irailean, Osabide Globalen sartu zen check-list kirurgikoa (enbor komuna), eta prozesu kirurgikoan parte hartzen duten Osakidetzako profesional guztiek eta kirurgia handiko zerbitzuak ematen dituzten zerbitzu-erakunde guztiek dute eskura.

HELBURUAK

Kirurgia Seguruaren ildoaren egungo testuinguruan helburu korporatibo hauek proposatzen dira:

1. Check-list kirurgikoaren erabilera bultzatzea kirurgia handiko zerbitzuak eskaintzen dituzten zerbitzu-erakunde guztietan.
2. Osakidetzako zerbitzu-erakundeetan egiaztapen kirurgikoko zerrendaren erabileraren ebaluazioa eta segimendua bultzatzea.
3. Check-list kirurgikoaren erabilera eraginkorra egiaztatzea eta ebaluatzea, egiaztapen-teknika egokiak erabiliz.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

Osabide Globalen pazientearen historia klinikoan check-list kirurgikoa sartuz, errazagoa da prozesuan esku hartzen duten osasun-profesionalek check-lista betetzea. Check-list kirurgikoa osasun-profesionalari hurbiltzeko, hedapen-kanpaina bat egin du Osakidetzako Erakunde Zentralak, ezagutarazteko.

Halaber, check-lista betetzen den neurtzeko modu eraginkorragoei buruzko berrikuspena egiten ari da. Kontuan izan behar da, bestalde, egiaztapen-zerrenda kirurgia-mota desberdinetara egokitzea.

Egiaztapen kirurgikoko zerrendarekiko atxikipena bultzatzeko, metodo estrategikoak erabili dira zerbitzu-erakundeetara zuzenduak, eta check-list kirurgikoa Programa Kontratuaren helburuekin lotu da kirurgia urgentearen eta programatuaren esparruan.

Gaur egun, erronka nagusia da egiaztatzea check-list kirurgikoa era zuzen eta eraginkor batean erabiltzen ari dela, dimentsio guztietan:

- 1) Kirurgia handiko ekintza guztietan
- 2) Ezarritako uneetan: ebakuntzaren aurretik, ebakuntza egin bitartean eta ondoren
- 3) Betetzeko ardura duten profesional guztiek: plantakoek, ebakuntza-gelakoek, kirurgiakoek eta anesthesiakoek.

EBALUAZIOA

Lerroa ebaluatzeko sistematika bat proposatzen da, 5. taulan ageri diren adierazleetan oinarrituta. Adierazle horietako batzuk OMEren gomendioetan oinarritzen dira.

5. taula. Kirurgia seguruaren ekintza-lerroaren adierazleak

ADIERAZLEA
ADIERAZLE GLOBALAK
Check-list ezarria duten zerbitzu-erakundeen kopurua
Check-list kirurgikoaren betetze-ehuneko globala
ERAKUNDEKAKO ADIERAZLEAK
Check-list ezarria duten zerbitzu-erakundeen kopurua
Check-list kirurgikoaren betetze-ehuneko globala
Zerbitzu-erakundeen kirurgia programatuan check-listaren ezarpena eta erabileraren ebaluazioaren ebidentzia
Zerbitzu-erakundeen kirurgia urgentean check-listaren ezarpena eta erabileraren ebaluazioaren ebidentzia

3. EL. SEGURTASUNA HAURDUNALDI-ERDITZE- PUERPERIOAREN ASISTENTZIA- PROZESUAN

OINARRIA

Haurdunaldia, erditzea eta puerperioa prozesu naturalak eta, aldi berean, erabakigarriak dira, eta ondorio okerrak gertatzeko probabilitatea handia dela eta kontu handiz ibili eta segimendua egin behar zaie amaren eta jaioberriaren osasuna arriskuan jar baitaitezke. Gainera, gizartean sentikortasuna oso handia da horrelako asistentzia-arazoei dagokienez. Gainera, erditzea instrumentalizatzeko aukerak handiak dira, eta horrek arazoak sortzeko probabilitatea handitzen du. Beraz, pazientearen segurtasunak garrantzi handia duen asistentzia-eremuetako bat da hau, eta emakume haurdunaren eta haurtxoaren segurtasuna babestu nahi da.

Estatuan, erditzeen % 40an gertatzen dira segurtasun-gertakariak. Halaber, 1,4 medikazio-errore gertatzen dira obstetriziako 1.000 egonaldiko, eta 3,54 medikazio-errore obstetriziako eta ginekologiako 1.000 mediku-aginduko. Bestalde, obstetriziako zauri kirurgikoen infekzioaren maiztasuna % 1,5-11,2 bitartekoa da (38). Osakidetzako ospitaleetan, 2011n, erregistratutako ondorio okerraren % 2,1 obstetriziako arloan gertatu ziren.

EURO-PERISTAT 2013en txostenaren arabera, azken urteotan Espainian handituz joan da pixkanaka heriotza perinatala, eta zenbateko honetan geratu da: 3,7 heriotza/1.000 jaioberri bizi (39). Asistentzia-arrazoiez gainera, badira zenbait faktore gorakada hori justifika dezaketenak, hala nola arrazoi demografikoak: ugalkortasun-tasa txikitzea eta amatasunaren batez besteko adina handituz joatea (2005ean, batez beste, 31 urte). Gaur egun, haurdunaldien % 91,9an amaren adina 37 urte edo gehiagokoa da. Arrazoi epidemiologikoak ere badira, hala nola pisu gutxiarekin (2.500 gramo baino gutxiago) jaiotzen diren jaioberrien maiztasuna handitzea (bizirik jaiotzen diren guztien % 8,8) eta jaiotza anizkunen kopurua handituz joatea (20,6/1.000 emakume). Amen heriotza-tasa da 3,6 emakume 100.000 jaioberri biziko. Azkenik, gero eta gehiago instrumentalizatzen dira erditzeak, eta horrek egoera okerragotu eta ondorio okerrak ugaritzeko arriskua du. Zehazki, erditzeen % 22,2 zesarea bidez gertatu ziren.

AURREKARIAK

Amaren eta jaioberriaren osasunaren inguruan gizarteak, profesionalek eta osasun-administrazioek egiten dituzten eskaerei erantzuteko, 2008an Osasun Sistema Nazionaleko erditze normaleko arreta-estrategia argitaratu zen (“Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”) (40). Dokumentu horren helburua da Osasun Sistema Nazionalan erditze normaleko arreta bultzatzea, asistentziaren kalitatea hobetzea eta haurdunaren eta jaioberriaren segurtasun-mailei eustea. Ildo horretan, 2010ean, erditze normaleko arretari buruzko praktika klinikoko gidaliburua (“Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal”) (41) egin zen, Osasun Sistema Nazionaleko kalitate-planaren garapenerako lankidetzaren hitzarmenaren esparruan –Carlos III.a Osasun Institutuak eta EAEko Osasun eta Kontsumo Sailak sinatua–. Osteba (Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Osasun Teknologien Ebaluazio Zerbitzua) eta Avalia-t (Galiziako Osasun Teknologien Ebaluazio Agentzia) erakundeen arteko lankidetzaren ondorioz sortu da gidaliburua. Gidalibuaren helburua da praktika klinikoaren aldakortasuna txikitzea, eta amaren eta jaioberriaren segurtasun kliniko hobetzeko eskura dagoen ebidentzia zientifikoan oinarritutako irizpideak batzea. 2011n, “Haurdunaldiko, Erditze- eta Puerperio-Asistentzia-Prozesuko Segurtasuna” ekintza-lerroa sartu zen Osakidetzako Pazientearen Segurtasuneko Programa Korporatiboan.

HELBURUAK

Osakidetzako Pazientearen Segurtasuneko Programaren barnean, Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesuaren Segurtasun-Lerroan, helburu orokor hauek jasotzen dira:

1. Praktika klinikoaren aldakortasuna txikitzea prozedurak sistematizatuz eta protokoloak sortuz, eta Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesua sortzea eta hedatzea.
2. Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesuaren lantaldea sortzea, aitzindari izatea eta mantentzea; eta prozesuan esku hartzen duten langile teknikoak, osasun-profesionalak eta hornitzaile informatikoak koordinatzea.
3. Emakume haurdunaren eta jaioberriaren osasun-arretan esku hartzen duten profesional-taldeak (obstetrak, emaginak eta abar) berariaz trebatzea.
4. Sistematan babesak sortzeko balio duten teknologia berriak garatzea eta ezartzea, eta amaren eta jaioberriaren osasunean eragina duten gertakarien eta ondorio okerren sorrerako katean hesiak jartzea:
 - a. Haurdunaren txartel elektronikoa
 - b. Erditzearen kontrola eta kudeaketa egiteko aplikazio informatikoa
 - c. Irrati-maiztasun bidezko pazientearen identifikazio-sistema: RFID

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

Haurdunaldiko, erditzeko eta erditze ondoko laguntza-prozesua

Gaur egun, Osakidetzako Erakunde Zentralean Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesuaren barneko jarduerak koordinatzen dituen lantaldea dago (1. irudia). Lantaldea jakintza alor askotako profesionalez osatua dago: medikuak, erizainak, teknikariak eta informatikariak. Lantaldea aldi behin elkartzen da prozesuaren aurrerapen-estrategia diseinatzeko, eta zenbait alorretako hobekuntzak ebaluatzen eta garatzen dituzte. Ginekologia eta obstetriziako mediku espezialista eta emaginek harremanetan daude etengabe, eta prozesurako behar den informazioa ematen duten zerbitzu-erakundeetako profesionalekin bilera-egutegi bat osatzen dute. Talde horrek berrikuspen bibliografiko sistematikoa egiten du, Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesuaren aplikazio informatiko korporatiboak garatzeko behar diren edukiak finkatzeko.

Osakidetzako zerbitzu-erakundeetan obstetriziako eta ginekologiako asistentzian aritzen diren profesionalentzat berriaz antolatutako trebakuntza-saioak egin dira. Trebakuntza-saio horien edukia prozesurako berriaz diseinatutako aplikazio informatiko korporatiboetan oinarrituta dago, eta, halaber, obstetriziaren arloan teknologia berriak ezartzearekin.

Haurdunaren txartel elektronikoa

Gaur egun, Osakidetzan artatzen diren emakume haurdunek berriazko dokumentu bat dute: “haurdunaren kartilla”. Haurdunaldiaren kontrolari eta jarraipenari buruzko informazio kliniko garrantzitsua duen dokumentu bat da. Asistentzia-lanak egiten dituzten profesionalentzat oso erabilgarria izateaz gainera, emakume haurdunaren eskubide espezifikoak ere bada (estatuko legeek arautua (42) eta Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuko paziente eta erabiltzaileen Eskubide eta Betebeharren Gutuna onartzen duen 1989ko uztailaren 18ko 175/1989 Dekretuan jaso (43)). Dokumentu hori oso erabilgarria izateaz gainera eta osasun-profesionalek asko erabiltzen duten arren, baditu bere eragozpenak ere: betetzean erroreak egiteko arriskua, profesional desberdinek oharrak jartzeko bateratasunik eza, kartilla galtzea eta abar. Haurdunaren paperezko kartillaren eragozpen nagusia da haurdunak berak eramaten duela batetik bestera bere historia klinikoaren informazioa eta artatzen duten profesionalen arabera aldatu egiten dela kartilla betetzeko modua.

Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesuko segurtasunaren ekintza-lerroaren esparruan, “Haurdunaren txartel elektronikoa” izeneko aplikazio informatiko espezifiko bat garatu da. Emakumearen historia klinikoarekin lotutako aplikazio informatiko bat da; menu erraz eta intuitibo batzuekin, haurdunaldiaren segimendua egiteko behar den informazioa –eskura dagoen ebidentzia zientifikoaren arabera– biltzeko aukera ematen du. Aplikazio honen bidez, praktika klinikora eraman nahi da ebidentzia zientifikoa; haurdunaldiko aldakortasun kliniko eta asistentziala txikitu nahi

da, eta, horretarako, segidako zenbait eginkizun eskaintzen zaizkio profesionalari (obstetra edo emagina), ebidentzia zientifikoan oinarrituak. Azken finean, sisteman babesak jartzen laguntzen du, pazientearen segurtasunarekin lotutako gertakizunen sorrera-katean hesiak sartuz. Eskura dagoen ebidentzia zientifikoa, eta Osakidetza barnean eta kanpoan jarduten duten ginekologia eta obstetriziako espezialisten iritziak, kontuan hartuz garatu da aplikazioa. Metodologiari erreparatuz, bilerak egin dira adituekin, batetik, eta bibliografia aztertu da, bestetik.

Gaur egun indarrean dagoen haurdunaren kartillaren ordezkoa izatea espero da; hala, emakumea bera ez litzateke bere informazioaren eramaile izango, eta okerrak saihestuko lirateke. Aplikazioa Lehen Mailako Arretan erabiltzen den ingurune informatikoan (Osabide LMA) zein Arreta Espezializatukoan (Osabide Globala) funtzionatzeko diseinatu da, eta emakumea haurdunaldian artatzen duen osasun-profesional orok erabil dezake. Emakumearen historia klinikoari lotutako tresna da (Osabide Globalen bidez).

Gaur egun, haurdunaren txartel elektronikoaren proba pilotuak egiten ari dira, Osabide Global plataforman. Proba horietan, hauek hartzen dute parte (sartu zireneko ordena kronologikoan): San Martin Osasun Zentroa, Arabako Unibertsitate Ospitalea (AUO), Bidasoko Erakunde Sanitario Integratua eta Goierri-Urola Garaiko Erakunde Sanitario Integratua. Pixkanaka beste zerbitzu-erakunde batzuk atxikitzea aurreikusi da.

Erditzearen kontrola eta kudeaketa egiteko aplikazio informatikoa

Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesuaren barnean, erditzea puntu kritikoa da, handia baita gertakariak eta ondorio okerrak gertatzeko probabilitatea. Erditzearekin lotutako asistentzia-arriskuak minimizatzeko, erditzea kontrolatzeko eta kudeatzeko aplikazio informatikoa garatu da. Aplikazio hori Osabide Globala ingurune operatiborako diseinatu da, eta haurdunaren historia klinikoan sartu da. Aplikazio horretan estatuko eta nazioarteko gomendio nagusiak –erditzeko arretaren inguruan eskura dauden ebidentzia zientifikoetan oinarrituak– hartzen dira kontuan. Aplikazioan goitik beherako zenbait menu erraz eta intuitibo azaltzen dira. Segurtasuna areagotzeko elementu ugari ageri dira, eta era antolatu batean biltzen dira erditzearen eta berehalako puerperioaren garapenari buruzko zenbait aldagai. Elementu berritzaile gisa, denbora errealeko partograma bat egiteko aukera ematen du, lan-txanda desberdinetako osasun-profesionalek sartutako datuetatik abiatuta.

AUOko Ginekologia eta Obstetriziako Zerbitzuko mediku espezialistak baliozkotzen ari dira aplikazioa. Baliozkotze-prozesua amaitutakoan aplikazioaren proba pilotua abiaraztea aurreikusi da, ondoren Osakidetzako gainerako zerbitzu-erakundeetara zabaltzeko.

Irrati-maiztasun bidezko pazientearen identifikazio-sistema: RFiD

Irrati-maiztasun bidezko pazientearen identifikazio-sistemari esker (RFiD), pazienteak identifikatu eta geolocalizatu daitezke haririk gabeko teknologiaren bidez detektatzen diren gailuekin (eskumuturrekoekin). Prestazio hori duten Osakidetza ospitale guztietako erditze-eremuetan instalatu da sistema: Arabako Unibertsitate Ospitalea, Basurtuko Unibertsitate Ospitalea, Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea, Galdakaoko Ospitalea, Donostia Unibertsitate Ospitalea, Mendaroko Ospitalea eta Zumarragako Ospitalea. Sistemak funtziona dezan, beharrezkoa da erditzea kontrolatzeko eta kudeatzeko aplikazioa operatibo egotea. Zirkuitu osoko probak egin dira Arabako Unibertsitate Ospitalean, eta emaitza onak eman ditu. Aurreikusi da erditzea kontrolatzeko eta kudeatzeko aplikazioa baliozkotzean RFiD irrati-maiztasun bidezko identifikazio-sistemaren proba pilotuak egitea, gero Osakidetza osoan ezarri ahal izateko.

Aplikazio informatiko korporatiboen eta Hurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesuko teknologia berrietan oinarritutako sistemen bilakaera eta egoera ageri dira 2. irudian.

EBALUAZIOA

Lerroa ebaluatzeko sistematika adierazle espezifiko multzo baten bidez gauzatzen da. Adierazleak bost dimentsiotan biltzen dira:

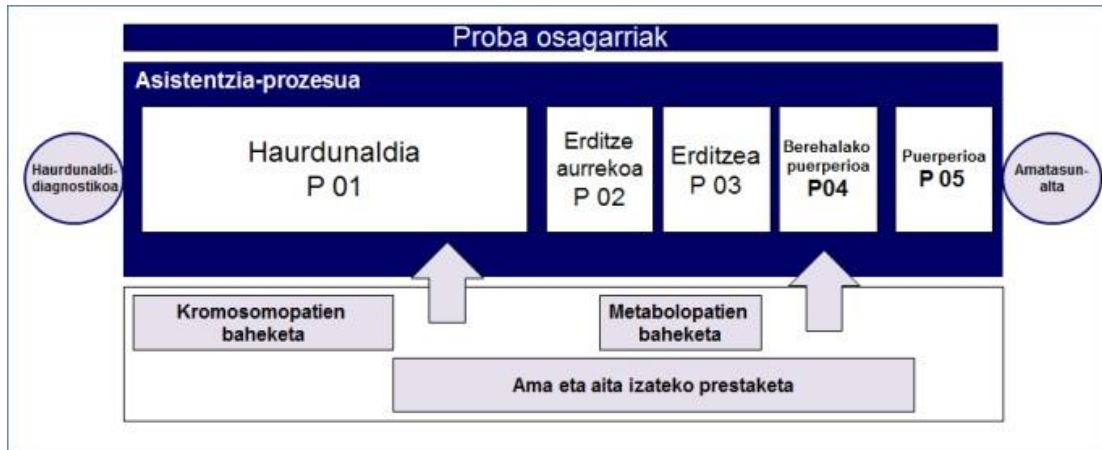
- 1) prozesuaren hedapen-maila
- 2) asistentzia-prozesuaren bilakaera
- 3) komunikazioa
- 4) irakaskuntza
- 5) ezagutzaren eta ekoizpen zientifikoaren hedapena

Lerro hau berria denez, gehienak prozesu-adierazleak dira, emaitza-adierazleak baino. 6. taulan, Hurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesuaren adierazleak ageri dira.

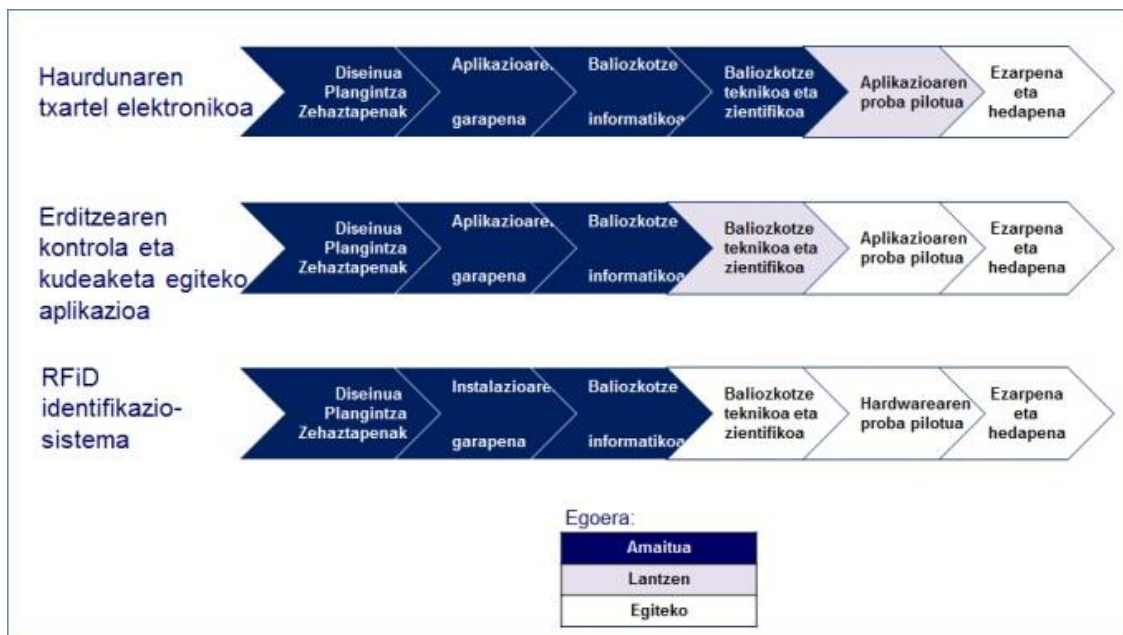
6. taula. Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren Asistentzia-Prozesuaren segurtasunaren ekintza-lerroaren adierazleak.

ADIERAZLEA
HEDAPEN-MAILA
Prozesuan parte hartzen duten pertsonak
Emagin-kopurua
Ginekologo-kopurua
Beste profesional batzuen kop.
Parte hartzen duten profesionalen kop. osoa
Parte hartzen duten zerbitzu-erakundeak
Lehen Mailako Arretako zentroen kop.
Ospitale-kopurua
Zerbitzu-erakundeen kop. osoa
ASISTENTZIA-PROZESUAREN BILAKAERA
Haurdunaren txartel elektronikoa
Erabiltzaile aktiboen kop.
Irekitako txartelen kop. (jarraipena egiten zaien haurdunaldiak)
Bertsio-kopurua
Erditzearen kontrola eta kudeaketa egiteko aplikazioa
Erabiltzaile aktiboen kop.
Haurdunaldi erregistratuen kop.
Bertsio-kopurua
RFiD identifikazio-sarea
RFiD aktibo duten zerbitzu-erakundeen kopurua
KOMUNIKAZIOA
Lantaldearen bilera-kop.
Alde biko bileren kop. (taldea eta beste erakunde bat)
IRAKASKUNTZA
Emandako trebakuntza-saio kop.
Trebatutako pertsona-kop.
EKOIZPEN ZIENTIFIKOKO EZAGUTZAREN HEDAPENA
Biltzar edo bilera zientifikoetan egindako komunikazio-kop.
Argitalpen-kopurua

1. irudia. Osakidetzako Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren asistentzia-prozesuaren diagrama.



2. irudia. Haurdunaldi-Erditze-Puerperioaren asistentzia-prozesuaren aplikazio korporatiboen garapen-maila (2013ko iraileko egoera).



4. EL. PAZIENTEAREN SEGURTASUNeko KONTUAK JAKINARAZTEKO ETA IKASTEKO SISTEMA

OINARRIA

Segurtasuneko gertakariak eta ondorio okerrak jakinarazteko sistemak sortzea eta mantentzea oso erabilgarria da pazientearen segurtasunerako eta asistentziaren kalitaterako. Hori dela eta, pazienteen segurtasunarekin lotutako gertaeren eta ondorio okerren informazio-, jakinarazpen- eta erregistro-sistemak edukitzeko beharra lehentasunezkoztat jo da 2010eko Osasun Sistema Nazionaleko Kalitate Planeko 8. estrategian (4).

Jakinarazpen-sistema horien bidez, pazienteari kalte egin zioten edo kalte egin ahal izan zioten egoeren, arazoen eta gertaeren azterketak egin daitezke, esperientzietatik ikasteko eta sisteman praktika klinikoko erroreak minimizatzen eta emandako osasun-arretaren segurtasun-mailak handitzen saiatzeko behar diren aldaketak sustatzeko.

Garrantzitsuak izan arren, jakinarazpen-sistema horiek martxan jartzeak baditu zailtasun metodologiko batzuk; osasun-sistemetan erabat ezartzea lortzeko landu beharreko hesiak dira horiek.

AURREKARIAK

2004an, pazientearen segurtasunaren abiapuntu gisa gertaeren eta ondorio okerren erregistro-sistemak behar direla jaso zuen Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) "Pazientearen segurtasunerako mundu-itunean" (2).

Erresuma Batuko Osasun-Sistema Nazionalaren Pazientearen Segurtasunerako Agentzia Nazionalaren "Pazientearen segurtasuna zazpi urratsetan" dokumentuak (2005) segurtasun-gertaerak jakinaraz daitezzen bultzatzeko beharra aipatzen du 4. urratsean (44).

Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak garatutako Pazientearen Segurtasuneko Estrategiaren esparruan, gertaerak eta ondorio okerrak erregistratzeko eta jakinarazteko sistemen beharra aipatzen da. 2005ean erregistro-mota horrek izan behar dituen esparru teorikoa eta ezaugarriak argitaratu ziren (45). Esparru teoriko eta juridiko hori 2007 (46), 2008 (47) eta 2009 (48) urteetan berrikusi zen, eta, horren ondoren,

gertaerak eta ondorio okerrak jakinarazteko eta erregistratzeko sistemen diseinuari, ezaugarriei eta lege-alderdiei buruzko txostenak egin ziren.

Testuinguru horretan, Osakidetzak, segurtasuna hobetzeko estrategia hedatzen zuen bitartean, Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistemaren oinarriak (SNASP) finkatu zituen 2006an. Hasierako proiektua datu-base lokal bat izan zen, zerbitzu-erakundeetako ordenagailu batzuetan instalatua; Ostebarekin lankidetzan ikerketa komisionatuko proiektu batetik abiatuta garatu zen (2006) (49). Sistema hori pixkanaka hobetuz joan zen, eta gaur egungo Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistema lortu da azkenean; onlineko sarbidea duen datu-base zentralizatu bat da, eta hasieran planteatutako helburuak eta ikuspegiak ditu, baina zerbitzu-erakundeen errealitatera egokituak.

HELBURUAK

Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistema aukera hauek emango dituen tresna da:

1. Pazientearen segurtasunari lotutako gertaerak jakinaraztea.
2. Gertaerari buruzko informazioa biltzea.
3. Pazientearen segurtasuneko gertaeren arrazoiaren azterketan lan egitea.
4. Metatutako esperientziaz ikastea eta “jardunbide egokiak” gomendatzea.
5. Osasun-profesionalen komunikazioa eta parte-hartzea bultzatzea osasun arretako arriskuen kudeaketaren inguruko esku-hartzean, eta, hala, lan-eremuetako segurtasun-egoera hobetzen laguntzea.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistema Osakidetzako zerbitzu-erakunde guztien esku jarri da, eta bakoitzean sistemaren administratzaileak ezarri dira; haiek, halaber, beren antolaketa-mailak edo -azpimailak sortu dituzte erakunde bakoitzaren berezitasunen arabera. Maila edo azpimaila bakoitzak bere kudeatzaile propioak ditu, zerbitzu-erakunde bakoitzak beharrezkoa dela baderitzo. Egitura horri esker, jakinarazpena egiten duen profesionalak aukera du gertaera erakundeko zer maila edo azpimailatan detektatu den hautatzeko.

Denbora errealean jakinarazteko tresna korporatiboa da; horretarako, esteka bat gaitu da intranetaren bidez –Osakidetzako profesional guztiek dute eskura–. Erabiltzea errazagoa izan dadin, intranet korporatiboan eskura daiteke “Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistemaren erabiltzailearen eskuliburua”.

Zerbitzu-erakunde guztietan, gainera, trebakuntza-saioak eta mintegiak antolatu dira, eta sistemaren ezaugarriei eta jakinarazpen-prozedurari buruzko informazioa eman da.

Jakinarazlea Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sisteman sartzean, zenbait eremu dituen formulario bat aurkitzen du. Hauek dira eremu garrantzitsuenak: tokia, denbora, “tarteetan dauden” langileak eta gertaeraren deskribapena.

Pazientearen segurtasunaren arloan estatuan eta nazioartean hainbat erakundek emandako gomendioei jarraituz, sistemak ezaugarri hauek ditu:

- Nor bere borondatez erregistratzea.
- Anonimoa.
- Ez da zigorrak ezartzeko.
- Informazioaren konfidentzialtasuna.
- Maila lokaleko hobekuntzak ikasteko eta ezartzeko analisia.

Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasuneko Programen Koordinazioak hauez osatutako lantaldea kudeatzen du: zerbitzu-erakunde bakoitzeko Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistemaren aplikazioaren erreferenteak, hornitzaile informatikoak eta Erakunde Zentraleko Informatika Zerbitzuko erreferenteak.

Aldian behin bilerak egiten dira segurtasun-gertaeren eta ondorio okerren kudeaketan erakunde bakoitzak dituen esperientziak errazago partekatzeko helburu nagusiarekin. Bilera horien xedea da esperientzia didaktikoenak partekatzea, eta tresna hobetzeko iradokizunak egitea eta baloratzea.

Espero izatekoa da gero eta profesional gehiago sentsibilizatzea pazientearen segurtasuneko gertaerak jakinarazteko beharrarekin; beraz, espero izatekoa da tresnaren erabilizaile errealeen kopurua handitu egingo dela, eta, hala, arriskuaren kudeaketa asistentziaren jardueran integratzen lagunduko dutela.

EBALUAZIOA

Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistemaren erabilera zuzen ebaluatzeko, ezarritako helburuen arabera, 7. taulan ageri diren adierazleak izan behar dira kontuan.

7. taula. Pazientearen segurtasuneko kontuak jakinarazteko eta ikasteko sistemaren adierazleak (SNASP).

ADIERAZLEA
ADIERAZLE ABSOLUTUAK
Jasotako jakinarazpenen kop.
Hobekuntza-ekintzak dituzten jakinarazpenen kop.
ADIERAZLE ERLATIBOAK
Sistema eraginkortasunez erabiltzen duten zerbitzuen/unitateen/LMAUen ehunekoa
Pazienteak jaso ez zituen gertakarien jakinarazpenen ehunekoa
Pazienteak jaso zituen gertakarien jakinarazpenen ehunekoa
Gertakaria izan zen arlo edo zerbitzuko gertakarien ehunekoa
Gertakaria eragiten lagundu duten faktoreen motaren araberako ehunekoa

5. EL. ERRADIAZIO IONIZAGARRIA DARABILTEN DIAGNOSI-PROBEN PRESKRIPZIOAREN OPTIMIZAZIOA

ONARRIA

Proba erradiologikoak ohiko tresna diagnostikoak dira eguneroko osasun-arretan, abantaila nabarmenak dituztelako pazienteentzat, erradiazioak dituen arriskuak baino nabarmenagoak. Horrek ez du esan nahi erradiazioak, dosi txikikoa izanik ere, arriskurik ez duenik; hain zuzen, mutazioen eta neoplasien kasu gutxi batzuk hondoko erradiazio naturalaren eraginez gerta daitezke. Erradiazio artifizialaren eraginpean egotea eragiten duen kasu nagusia erradiodiagnostikoko probak izaten dira, eta hondoko erradiazioz populazio mailan jasotzen dugun dosiaren seirena osatzen dute. (50).

Europako Batzordearen 97/43/Euratom direktibaren arabera, inplikaturako eragile guztiek (erradiazio ionizagarria darabilten erakunde arduradunek eta profesionalak) murriztu egin beharko dute pazienteen erradiazioarekiko esposizioa beharrezkoa ez denean. Erradiazio-dosiak murrizteko modu interesgarri bat da behar ez diren proba osagarriak ez egitea eta miaketak ez errepikatzea. Hala eginez gero, % 30-40 murriztuko lirateke azterketa erradiologikoak, eta, gainera, osasun-asistentziaren eraginkortasuna hobetuko litzateke.

Erradiografia-proba ohikoenak gorputz-adarretakoak eta toraxekoak izaten dira, dosi baxukoak. Hala ere, dosi altuko miaketak, hala nola ordenagailu bidezko tomografia (OT) eta bario-probak, izaten dira populazioaren dosi kolektiboa gehien handitzen dutenak. Gaur egun, erradiazio ionizagarria erabiltzen duten miaketen % 5 inguru da OT; hala ere, diagnosi-helburuekin igortzen den erradiazioaren % 40-67 da (51). OTren erabilera gorantz doa, nola paziente helduetan, hala pediatriakoetan.

Horregatik, proba erradiologiko guztiek oso ondo justifikatuta egon behar dute, eta dosia minimizatuko duten teknikak erabiliz egin behar dira, diagnosirako oinarriko informazioa lortzeko moduan hala ere. Osasungintzan erradiazioak erantzukizunez erabiltzea jardunbide asistentzial egokia da, eta osasun-sistemaren beraren mesederako da.

AURREKARIAK

OT proba oso bizkorra denez eta, horregatik, pediatriako pazienteen kasuan lasaigarriak gutxitan eman behar izaten zaizkienez, esponentzialki hazi da haren erabilera pediatrian. Hala eta guztiz ere, osasun-profesionalek joera izaten dute prozedura horietan jasotako erradiazio-dosia gutxiesteko. Hori ikusirik, pediatriako populazioaren

babes erradiologikoak lehentasuna izan behar du, bai udal mailan, bai estatu eta nazioarte mailan ere, haurrak bereziki sentikorrek baitira erradiazioarekiko; gainera, bizitza-urte gehiago dituzte aurretik metatutako erradiazioen efektuak agertzeko (52).

2010ean, pediatriako populazioan proba diagnostiko horien erabilera optimizatzeko proiektu bat martxan jarri zuen Osakidetza, helburu hauekin:

- Diagnostikorako erabiltzen den erradiazioa arrazionalizatzea, ahalik eta dosirik txikiena erabiliz.
- Banakako eta taldekako dosien adierazleei buruzko datuak ematea.
- Mediku agindu-emaelek eta erradiologoek babes erradiologikoaren alorrean duten sentikortasuna handiagotzea.

Proiektu horrek profesional-talde baten lana izan zuen ardatz, eta jardunbide zehatz hauek ondorioztatu zituen:

- Liburuxka informatibo bat argitaratzea erradiodiagnostikoko probak agintzen dituzten profesionalei zuzendua, proba horien arriskuari buruzko kontzientzia har dezaten eta preskripzioa optimiza dezaten behar ez diren azterketak saihestuz.
- Eragin erradiologiko handiena duten ekipoetan –OT probetakoetan, kasurako– pediatriarako proba diagnostikoen protokoloak optimizatzea.
- Dosi-adierazleen erregistro bat sartzea historia kliniko elektronikoan: Osabide Globaleko historia dosimetricoa.

Ekintza horien osagarri osasun-profesionalen artean kontzientziario indartzeko balioko duten beste batzuk proposatu behar dira; adibidez, mintegiak eta dibulgaziozko hitzaldiak.

HELBURUAK

1. Preskripzioa optimizatzeko kontzientziario- eta sentsibilizazio-programa bat garatzea, bai erradiazio ionizatzaileak darabilten proba diagnostikoak egiten dituzten profesionalei zuzendua (asistentziaren eremu guztietako agindu-emaelei eta erradiologoei), bai populazio orokorrari zuzendua.
2. Historia dosimetricoan, erradiazio ionizatzailea darabilten proba diagnostikoak – adibidez, mamografia– gehitzea.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

Lehen aipatu dugun liburuxka informatiboa 2012an argitaratu eta banatu da. Horretarako, lanaren hartzailer profesional-taldeari zuzendutako aurkezpen- eta trebakuntza-estrategia bat behar izan da, haien sentsibilizazioa lortzeko eta liburuxkan jasotzen diren printzipioak bere egin ditzaten. Estrategia hori saio presentzialetan gauzatuko da. Saio horien edukia eta aurkezpena bideratzeko, liburuxka idazten lagundu zuen aditu-taldearen parte-hartzea behar da. Estrategia hori bereziki pediatri

zuzendua egongo da, normalean haur-populazioan erradiodiagnostikoko azterketak agintzen dituzten profesionalak haiek izaten baitira; gainera, haiek dute eragin handiena haurrengan eta guraso edo tutoreengan. Horrez gain, erabiltzaileari eta populazio orokorrari zer informazio eman behar zaien eta zer formatutan helarazi behar zaien ere zehaztu beharko da, alarma-girorik sortu gabe erradiazioak izan ditzakeen arriskuez gizartea sentsibiliza dadin urratsak egiteko.

2013ko azken hiruhilekoan egingo da saio presentzialen lehen emanaldia, eta asmoa da xede-profesionalen % 25 sartzea bertan. 2014ko lehen, bigarren eta laugarren hiruhilekoetan, beste emanaldi batzuk egingo dira gainerako xede-profesionalak helburu hartuta, % 100a osatu arte.

EBALUAZIOA

Estrategiaren aurrerabidea egiaztatzeko, urtero neurtuko dira 8. taulan jasotako adierazleak.

8. taula. Erradiazio ionizatzailean oinarritutako proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzeko adierazleak.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
2013ko adierazlea	
Trebakuntza-saio batean gutxienez parte hartu duten pediatren proportzioa	% 25
2014ko adierazlea	
Trebakuntza-saio batean gutxienez parte hartu duten pediatren proportzioa	% 100

6. EL. JARDUNBIDE EGOKIAK SENDAGAIK EMATEAN

OINARRIA

Sendagaiak direla eta gerta daitezkeen ondorio okerrak osasun publikoko arazo bihurtu dira gaur egun, eta eragin garrantzitsuak izaten dituzte gizaki mailan, asistentzia mailan eta maila ekonomikoan. Gainera, osasun-sistemarekiko mesfidantza sortzen da pazienteengan, eta horrek, luzera, osasun-arloko profesionaleri eta erakundeei eragiten die.

ENEAS azterlanari esker, 2005az geroztik dakigu ospitaleko osasun-asistentziaren ondorio oker guztietatik % 37,4 sendagaien erabilerarekin erlazionatuta dagoela (5). “Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados” azterlanetik ondorioztatzen da urtero ospitaleratzen diren 323.123 pazienteetatik % 20k aurreikus zitezkeen ondorio okerrren bat jasan duela sendagaiak direla eta, eta % 3,69k, larria edo hilkorra gertatu den ondorio larriren bat (53).

Sendagaiekin erlazionatutako arazoan ondorioz ospitaleratu behar izan direnen maiztasuna oso handia da, eta erdia gutxi gorabehera aurreikusteko modukoak ziren. Ondorio horiek eragiten dituzten faktoreen artean ditugu, besteak beste, erabilera konplexuko sendagaien erabilera gero eta usuagoa, ospitaleratze-aldiaren iraupena, pazientearen adina eta, batez ere, sendagaien kontsumo orokortua komunitate mailan. APEAS azterlanean ikusi zen bezala, Lehen Mailako Arretan gertatzen diren ondorio okerrren % 47,8 sendagaiekin erlazionatuta dago. Horietatik, % 70 aurreikusteko modukoak ziren, eta % 80k ondorio txar larriak izan ditu (7).

Medikazio-erroreak kate farmakoterapeutikoaren edozein urratsetan gerta daitezke, botika preskribatzean, prestatzean, banatzean edo ematean. Ospitalean gertatzen diren medikazio-errore guztien % 38 sendagaiak ematean jazotzen dira *Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCHCO) erakundearen arabera. Egiaztatu ahal izan denez, kasu horien % 56 zain-barnetik emandako farmakoekin erlazionatuta daude, eta % 61, errore ezin okerragoak dira edo pazientearen bizia arriskuan jartzen dute (54).

Medikazio-erroreak murrizteko prozesua hobekuntza-prozesu etengabetzat hartu behar da, eta sendagaien erabilera-katea osatzen duten fase guztietan zenbait jardunbide egoki aplikatzea eskatzen du, bai eta urrats bakoitzean osasun-profesionalak eta pazienteak integratzea ere.

AURREKARIAK

Estatuan, Sendagaien Erabilera Segururako Institutuak (ISMP), Osasuneko Sistema Nazionalaren Kalitate Agentziaren lankidetzarekin eta Osasunaren Sistema Nazionalerako Kalitate Planaren 8. Estrategiaren barnean, zenbait gomendio ezarri ditu ospitalean arrisku handiko medikamentuak erabiltzean segurtasuna hobetzeko. Gomendio horien artean ditugu, besteak beste, prozedurak erraztuz eta estandarizatuz konplexutasuna murriztea, prozesuak modu jakin batean egitea oztopatzen edo beste modu jakin batean egitera behartzen duten oztopoak edo murrizketak gehitzea, informazio-prozedurak optimizatzea, etab. (54). Estrategiaren barnean, ospitaleetan sendagaiak emateko darabilten sistemaren segurtasuna autoebaluatzeko galdetegi bat prestatu zuen ISMP institutuak 2007an, eta, hari esker, txosten bat erredaktatu zen Osasuneko Sistema Nazionalaren Kalitate Agentziaren azterlanean parte hartu zuten Osakidetzako ospitale guztien emaitzekin (10 ospitale, guztira). Emaitza horiek estatuko ospitaleen batezbestekoaren antzekoak dira (55).

Euskal Autonomia Erkidegoan, Osakidetzak “10.000 kontrako gertaera murrizteko kanpaina” jarri zuen abian 2010ean, eta, kanpaina haren barnean, arrisku handiko hainbat medikamenturen erabilera aztertu zen, hala nola antikoagulatzailena, zain-barneko potasioarena eta zitostatikoena. Kanpaina horretan, onartutzat jo zen arrisku handiko sendagaien probabilitate handiagoa dutela pazientean ondorio okerrak eragiteko beste sendagai-mota batzuek baino. Ondorio oker horiek, gainera, handiagoak izaten dira, eta pazientearen sufrimendua handitzen dute, bai eta haiek zaintzeko kostua ere. Aipatu zen, orobat, badirela jardunbide ezagun batzuk sendagaiekin erlazionatutako ondorio okerrak murriztu ditzaketenak, hala nola arrisku ezaguna eta handia duten arloetan sendagaiaren oinarriko kudeaketa-prozesuak estandarizatzea eta erraztea, giza faktoreak akats-iturriztat joz administrazio-bideak birdiseinatzea, pazienteak beren prozesu terapeutikoaren parte egitea eta sistema hobetzeko segurtasun-kultura sortzea (56). Arrisku handiko medikamentuen erabileraren inguruko kanpainaren jardunbideei erakutsitako atxikimendua aldakorra izan zen: 3-13 zerbitzu-erakunde, jardunbidearen arabera. Jardunbide bakoitzeko gaien betetze-maila ertaina/handia izan zen.

HELBURUAK

Arrisku handiko medikamentuen erabilerarekin erlazionatutako jardunbideei erakundeek erakutsitako atxikimendua bi urteko epean handitzea, eta, hala, intsulina, zain-barneko potasioa eta zitostatikoak ematean gertatzen diren erroreak prebenitzeko estrategia bat ezartzea. Era berean, erakunde guztiek, Lehen Mailako Arretakoek barne, antikoagulatzailak ematean gertatzen diren erroreak prebenitzeko estrategia bat izan beharko dute epe berean.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

2011n egindako balioespenaren arabera, zerbitzu-erakunde gehienek badute estrategiaren bat arrisku handiko medikamentuzat jotzen direnak ematean gertatzen diren erroreak prebenitzeko.

Erakunde horietako bakoitzean metatutako esperientzia baliagarria izan daiteke beste erakunde batzuek errazago eta indartsuago parte har dezaten jardunbide hauean. Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasunerako Programen Koordinazio-sailak esperientzia horien zabalkundea egingo du, erakundeen atxikimendua sustatuko du eta jardunbide bakoitzean zenbat aurreratzen den aztertuko du.

EBALUAZIOA

9. taulan, jardunbide honen urteko adierazleak jaso dira.

9. taula. Sendagaiak ematearekin erlazionatutako jardunbide egokiei buruzko adierazleak.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Urtero neurtu beharreko adierazleak	
Arrisku handiko medikamentuak (intsulina, zain-barneko potasioa, zitostatikoak eta antikoagulatzaileak) ematean gerta daitezkeen erroreak prebenitzeko strategiaren jardunbide bakoitza bere egin duten erakundeen proportzioa:	
Gutxienez 1 jardunbide bere egin duten erakundeak	% 100 (2013)
Gutxienez 2 jardunbide bere egin duten erakundeak	% 100 (2014)
Gutxienez 3 jardunbide bere egin duten erakundeak	% 100 (2015)
Arrisku handiko sendagaiak ematean gerta daitezkeen erroreak prebenitzeko jardunbideetako gai bakoitzean erakundeek duten betetze-maila	% 60 (2013) % 90 (2014) % 100 (2015)

7. EL. JARDUNBIDE EGOKIAK

ERIZAINZAKO ZAINZA-LANETAN

OINARRIA

Osakidetzan artatutako pazienteetan, presioak eragindako ultzeren eta erorikoen intzidentzia eta prebalentzia murrizteko estrategiak eta jarduerak sartzen dira jardunbide honetan.

Presioak eragindako ultzerak

Ohean dagoen edozein pazienteek izan ditzakeen konplikazioetan presioagatiko ultzerak (PU) dira ondoen prebeni eta trata daitezkeena.

Pazientearen segurtasunarekin eta erizaintzako profesionalen eskaintako zaintzarekin daude erlazionatuta, eta arazo larria dira, ez bakarrik pazientearentzat, baita familiarentzat eta sistema osoarentzat ere (57, 58).

Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak Osasun Sistema Nazionalaren Adierazle Giltzarrien (INCLASNS) bidez emandako datuetatik ondorioztatzen da estatuko ospitaleetan 2010ean izandako 1.000 altetatik 11,40tan gertatu direla ultzerak. Hala ere, datu horiek kontuz hartu behar dira autonomia-erkidegoek emandako adierazleen artean desberdintasun handiak daudelako eta ultzera-kasuak oso gutxitan erregistratzen direlako erkidego guztietan. Beste iturri batzuen arabera –adibidez, GNEAUPP erakundeak (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas) egindako “Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España 2009” azterlanaren arabera–, Lehen Mailako Arretako prebalentzia % 5,89 da 14 urtetik gorako pazienteen kasuan (etxeko arretarako programak barne), ospitaleratze-unitateetako prebalentzia % 7,2 da, eta zentro soziosanitarioetakoa, % 6,39 (59).

Osakidetzako ospitaleetan, 2012an, presioak eragindako ultzeren prebalentzia % 3,55ekoa zen alta hartzean, eta azken urteotan beheranzko joerarekin jarraitzen du.

Presioak eragindako ultzerek okertu egin dezakete pazientearen osasun-egoera: tokiko infekzioa edo infekzio sistemikoa eragin dezakete, ospitaleko egonaldia luzatu, pazienteak zaintzaileekiko duen mendekotasuna areagotu, gainkarga asistentzial handia eragin eta, batzuetan, baita heriotza ere. Osasuna kaltetzeaz gain, eskaintako osasun-arretaren kostu ekonomikoa areagotzea ere badakarte. 2007an egindako zenbatespenen arabera, Espainian presio-ultzeren tratamenduaren urteko kostua osasun-gastuaren % 5 inguru izan zen; kostu horren % 15 aposituetan eta beste material batzuetan gastatu zen, eta % 19, erizaintzako denboran; totalaren % 45 halako lesioen ondorioz ospitalean igarotako denbora luzatzen gastatu zen (60).

Beraz, presioak eragindako ultzerak prebenituta, pazientea bera babesteaz gain, murriztu egin daitezke osasun-arretaren kostuak eta hobetu erizaintzako langileen lan-kargaren banaketa. Prebentzioa hobetzera zuzendutako estrategia solido batek elementu hauek izan beharko lituzke (58):

- Antolaketa mailako osagaiak: politikak, protokolo eta prozedurak, ebaluazio-prozesuak, trebakuntza eta zainketaren jarraipena.
- Arriskua baliozkotutako tresnen bidez neurtzea, nutrizioa eta hidratazioa optimizatzea, presioak eta hezetasuna kudeatzea.
- Asistentzia-eremuen eta instituzioen artean zainketak koordinatzea, komunikazioa eta baterako ikaskuntza ahalbidetuz.

Erorikoak

Ebidentzia zientifikoaren arabera, 65 urtetik gorako pertsona helduen % 30 baino gehiago erortzen dira noizbait urtero. Zifra horiek nabarmen egiten dute gora 80 urtetik gorakoaren artean. Eroritakoaren % 5ek inguru hausturaren bat jasaten dute, eta % 10ek, beste lesio-motaren bat, luxazioak edo lesio baskularrak, adibidez (61).

Autoestimuari eragiteaz gain, askotan erortzeak eragin metagarria du, eta mugitzeko gaitasunari eragiten dio; kasu batzuetan, ezin mugitzera eta batzuetan hiltzera eraman ditzake. Erortzeko arriskua izugarri handitzen da ospitalean ingesatuta daudenean, pazientearen beraren faktoreengatik (narriadura fisikoa, buru-nahasmena...) eta ospitalean egoteak ekartzen dituen kanpo-faktoreengatik (ingurua ez ezagutzea, tresnak, ingurumen-faktoreak, etab.).

2012an zehar, ospitaletan alta emandako paziente akutuen % 0,61ek eta egonaldi ertain eta luzeko ospitaletan alta emandakoaren % 1,36k eroriko bat gutxienez jasan zuten.

Ospitaleko egonaldietako erorikoek zerikusia dute osasun-zerbitzuen erabilera handitu izanarekin, egonaldiaren iraupena luzatzearekin, egonaldi ertain eta luzeko zentroetara usoago joatearekin eta egoitzen instituzionalizazioarekin (62). Kalkuluen arabera, erorikoaren ia herena saihestu daiteke (63).

AURREKARIAK

Osakidetzak protokolo-sistema bat izan du hasieratik bi gai horietarako (hainbat teknikaren prozedurak, ospitalean alta hartzean eman beharreko gomendioak, presio-ultzeren prebentzio- eta zainketa-protokoloak, erortzeko arriskua baloratzeko eta prebenitzeko protokoloak, zainketa estandarizatuen planak, etab.). Horiez gain, historia kliniko elektronikokoaren tresna informatikoak erabiltzen hasi da erizaintza-arloan, balioespen-sistema sendo eta guzti. Etengabe hobetzeko kulturari jarraikiz, Osakidetzak sistema hori berrikusiz eta eguneratuz joan da lortutako emaitzen arabera eta

ikasitakoaren arabera, bai eta ondoz ondoko plan estrategikoen helburu eta ildo estrategikoen harira sortutako premia berrien arabera ere (57).

Hori dela eta, “PUak prebenitzeko eta zaintzeko protokoloa” 2006an berrikusi eta eguneratu zen. Horren zabalkunde-prozesua eta ezarpena 2008an bukatu zen. “Ospitaleko arretan erortzeko arriskua duten paziente helduentzako prebentzio-neurriak eta balioespen-protokoloa”k aurretik erabiltzen zena ordeztu zuen 2011n, arriskua baloratzeko bere eskala propioa erabiltzen baitzuen.

Hasiera hartan Osakidetzako Kalitatearen Zuzendariordeztatik eta gaur egun Pazientearen Segurtasunerako eta Osasun Publikorako Programen Koordinazio Saitetik urteko jarraipena egiten zaie protokolo bakoitzean definitutako adierazleei, zerbitzu-erakunde bakoitzean garatutako ekimenak eta hobekuntza-ekintzak lagunduz eta bideratuz.

HELBURUAK

Presioak eragindako ultzerak

1. Presioak eragindako ultzerak zerbitzu-erakundeetan duten prebalentzia eta intzidentzia benetan ezagutzen lagunduko duten estrategien garapena indartzea.
2. Erizaintzako zainketen Osanaia aplikazio informatikoaren garapenean (datu-ustiapenaren moduluan) laguntzea, arlo horretako profesionali ildo horretako segurtasun-adierazleen kudeaketa errazteko.
3. Presioak eragindako ultzerak prebenitzeko eta zaintzeko protokoloa berrikustean eta eguneratzeaz arduratzen den lantalde korporatiboan parte hartzea.
4. Azterketa epidemiologikoaren eredu bat, Osakidetzarako irizpide komunak eta homogeneousak dituen, garatzea.

Erorikoak

1. Erorikoek zerbitzu-erakundeetan duten prebalentzia eta intzidentzia benetan ezagutzen lagunduko duten estrategien garapena indartzea.
2. Erizaintzako zainketen Osanaia aplikazio informatikoaren garapenean (datu-ustiapenaren moduluan) laguntzea, arlo horretako profesionali ildo horretako segurtasun-adierazleen kudeaketa errazteko.
3. Erorikoen prebentzioari buruzko azterketa egin eta protokoloa osatzeko talde korporatiboan parte hartzea.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

Gaur egun, protokolo bakoitzean definitutako adierazleen urteko jarraipena egiten da, erakundeetatik iristen diren datuak zentralizatuz, araztuz eta aztertuz. Presioak eragindako ultzerak eta erorikoak murriztera zuzendutako estrategien garapena

sustatzeko ebidentzia zientifikoan oinarritutako nazioarteko kontsentsu bat dagoela kontuan hartuta (20), Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren Erizaintzako Aholkularitzarekin eta zerbitzu-erakunde bakoitzarekin, haien erreferenteen bidez, ezarritako lankidetzaz-ildoarekin jarraituko dugu, honako ekintza hauei lehentasuna emanez:

- Adierazleak neurtzean lortutako emaitzen analisia eta komunikazioa
- Eskura dagoen azken ebidentziaren arabera, protokoloak eguneratzeko sortuko diren lantaldeetan laguntzea eta parte hartzea
- Protokolo horiek eta zerbitzu-erakundeetan garatutako jardunbide egokiak antolatzen eta zabaltzen laguntzea
- Halako arazoak kudeatzen estatuan eta nazioartean dauden esperientziak zabaltzea

Gainera, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak estatuan neurtzen diren adierazleak aztertzeke eta bateratzeko interesa du; horri esker, erkidego desberdinen artean ebaluazio eta konparazio fidagarriak egin ahal izango dira. Proiektu bat gauzatuko balitz, gure Autonomia Erkidegoak parte hartuko luke bertan.

EBALUAZIOA

Adierazleen urteko jarraipena egiten da zerbitzu-erakundeek eskainitako datuak erabiliz. Bi adierazle-mota bereizten dira: programa kontratuaren ebaluazioan jasotako adierazleak eta ebaluazio horretan sartzen ez diren adierazleak (10. taula).

10. taula. Erizaintzako zainketekin erlazionatutako jardunbide egokiei buruzko adierazleak.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Programa kontratuaren ebaluazioan sartuta dauden adierazleak	
Presioak eragindako ultzeren prebalentziari buruz urteko azterketa egitea erakundearen	erakundearen % 100
Urteko prebalentzia-azterketaren bidez antzeman eta Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortu ez diren ultzeren portzentajea	< % 5,00 (2013) < % 4,00 (2014) < % 2,00 (2015)
Paziente akutuen ospitaleetan eta ESletan, Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortuta eta ospitale barruan sortuta, II. mailatik gorako ultzerak dituzten pazienteen portzentajea, alta hartzean (kanpoan utzita pediatriako, psikiatriako, obstetziako, egonaldi laburren unitateko, ambulatorioko kirurgia handiko eta ospitaleratu gabeko kirurgiaren unitateak)	< % 2,50 (2013) < % 2,20 (2014) < % 2,00 (2015)
Egonaldi ertaineko eta luzeko ospitaleetan, Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortu eta ospitale barruan sortutako II. mailatik gorako presio-ultzeren tasa, alta hartzean.	< % 2,00 (2013) < % 1,80 (2014) < % 1,60 (2015)
Akutuen ospitaleetan eta ESletan egon diren bitartean erorikoren bat izan duten pazienteen ehunekoa (pediatriako pazienteenak salbu), Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortua	< % 1,00 (2013) < % 0,90 (2014) < % 0,70 (2015)
Egonaldi ertaineko eta luzeko ospitaleetan, Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortu eta ospitale barruan izandako erorikoen tasa (egonaldiekiko)	< % 2,00 (2013) < % 1,90 (2014) < % 1,70 (2015)
Programa kontratuaren ebaluazioan sartuta ez dauden adierazleak	
Alta hartzeko unean ospitalez kanpoan jasandako presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa, hauena salbu: pediatriako paziente guztiak, psikiatriakoak, obstetziakoak, egonaldi laburreko unitatekoak, kirurgia handi ambulatoriokoak eta ospitaleratze gabeko kirurgia-unitatekoak	< % 1,75 (2013) < % 1,65 (2014) < % 1,50 (2015)
Alta hartzeko unean ospitale barruan jasandako presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa, hauena salbu: pediatriako paziente guztiak, psikiatriakoak, obstetziakoak, egonaldi laburreko unitatekoak, kirurgia handi ambulatoriokoak eta ospitaleratze gabeko kirurgia-unitatekoak	< % 1,70 (2013) < % 1,50 (2014) < % 1,30 (2015)
Alta hartzeko unean ospitalez kanpo edo barruan jasandako presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa, hauena salbu: pediatriako paziente guztiak, psikiatriakoak, obstetziakoak, egonaldi laburreko unitatekoak, kirurgia handi ambulatoriokoak eta ospitaleratze gabeko kirurgia-unitatekoak	< % 3,40 (2013) < % 3,20 (2014) < % 3,00 (2015)
Egonaldi ertaineko eta luzeko ospitaleetan, ospitale barruan jasandako presio-ultzerak dituzten pazienteen intzidentzia-tasa (egonaldiekiko). 2013ko helburua	< % 1,40 (2013) < % 1,20 (2014) < % 1,00 (2015)

8. EL. TRANSFUSIOEN SEGURTASUNA: ODOL-OSAGAIEN ETA EHUNEN EMAILEAK ETA HARTZAILEAK

OINARRIA

Euskal Autonomia Erkidegoan, odola edo ehunak emateak eta odol-osagaiak, ehunak edo zelulak hartzeak/inplantatzeak 100.000 lagun ingururi eragiten die urtero. Halako produktuen kudeaketak erkidegoko osasun publikoan duen eragina begien bistakoa da. Produktu horien hartzaileek jasan ditzaketen gorabehera edo ondorio okerrak ondo balioetsi behar dira ahalik eta urrien gerta daitezen, emaileak ondo hautatuz eta produktuak egoki prozesatuz, aztertuz, biltegitratuz eta banatuz. Gorabehera usuenak agente infekziosoaren transmisioarekin eta immunitate-istripuekin erlazionatuta daude, baina ez da ahaztu behar ezen –transfusioaren eta/edo inplante-prozeduraren edozein urratsetan daudela ere– laginak, pertsonak eta dokumentuak identifikatzean segurtasun-neurriak ez betetzeak gero eta arrisku handiagoa dakarrela.

Orobat ez da ahaztu behar zeinen garrantzitsua den emaileengan ere ondorio okerrik ez eragitea, kontua hain larria ez bada ere; izan ere, emaileak gaizki kudeatzen badira, mesfidantza eta desoreka eragin daitezke donazio-sisteman, arlo estrategiko bat izanik osasun-asistentzian.

AURREKARIAK

Odol-osagaiak, ehunak eta zelulak erabiltzean segurtasun-neurriak ezartzea beti izan da gai garrantzitsua, eta hala izaten jarraitzen du, azken hamarkadetan gure osasun-sisteman. Antolamenduzko neurriak izaten dira gehienbat: esaterako, donazioa borondatezkoa, baldintzarik gabea eta ordaingabea izatea; emaileak hautatu ondoren azterketa kliniko-epidemiologiko jarraituak egitea; agente infekziosoak antzemateko eta lortutako osagaien errendimendua eta egokitasuna neurtzeko kontrol analitikoak egitea; GMP (*Good Manufacturing Practice*) deritzen produktuak ondo ekoizteko neurriak hartzea; edo gure zentro guztien jardueretan kalitate-sistema bat ezartzeko beste edozein neurri hartzea.

Neurri horiek guztiak Europako eremuan indarrean dauden arau eta estandarretan definituta daude ondasunen eta pertsonen Europan zeharreko mugimendu askea egitate bihurtu delako; beraz, erakundeak behartuta daude produktu horiek osasun publikoaren

arloan sartzera eta nazioaz haraindi ere kontrolatzera (64-67). Horiek horrela, Hemozaintza- eta Biozaintza-programak funtsezkoak dira gaur egun Europar Batasunaren estatu kide guztiek erabaki komunak eta espezifikoak har ditzaten eta guztiek ezagut ditzaten.

HELBURUAK

1. Hautaketa-irizpideak aldi behin eguneratzea erkidegoko aldaera epidemiologikoen eta demografikoen arabera.
2. Gaixotasun infekziosoen transmisioaren hondar-arriskua gutxitzea emaile seguruak fidelizatuz eta markatzaileen detekzioan sentikortasun handieneko teknologia automatizatuak erabiliz: birus- eta bizkarroi-serologia, birus-detekzio genomikoa eta bakterio-detekzioa. Zerikusia duten agenteak: BHB, CHB, GIB, HTLV I eta II, *Treponema pallidum*, *Trypanosoma cruzi* eta zitomegalobirusa.
3. Immunitate-istripuak gertatzeko arriskua txikitzea emaileak eta osagaiak behar bezala sailkatuta, eta transfusioen segurtasuna handitzera zuzendutako teknologia korporatiboak ezartzea prozesuaren etapa desberdinetan egindako identifikazio-akatsak murriztuz.
4. Pazientearen segurtasunerako lehen mailako oinarritzko baldintza gisa odol-osagaien **erabilera optimorako** (68) neurriak hartzea ospitaleetan. Tresnarik baliagarrienetako bat izango da **eskaera elektronikoko** lagundua ezartzea korporazio mailan. Horri esker lortuko da ospitale-zerbitzuetako transfusioen kalitateari eta prozedura-ohiturei buruz ezagutza zehatza izatea, profesionaleri transfusio-arreta hobetzen laguntzeko lehen neurri gisa.
5. Zaintza-programak sendotzea (69) erabakiak hartzeko ezaguera-iturri gisa, eta gorabeheren aitortza sustatzea, pazienteengan eta emaileengan efekturik izan zein ez, horretarako ezarritako bideak erabiliz.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

Euskal Autonomia Erkidegoko Hemozaintza Sistemaren 2012ko jardueraren analisitik ondorio hauek atera daitezke:

- Erkidegoaren 23 ospitaleetatik (publiko zein pribatu) 13tan 370 txosten erregistratu dira guztira.
- 13 ospitale horietan gorabehera bat gertatu da gutxienez, eta gainerako 10ek ez dute gorabeherarik jaso (seguru asko, ezer gertatu ez delako izan da, oso produktu gutxi erabili baitute).

- Ez da erregistratu ez birus-, ez parasito- ez bakterio-transmisiorik transfusioen bidez. Ez da gertatu mentu-errefusarik inongo ostalaritan.
- 2012. urtean transfusioen ondorioz jakinarazi diren gorabeheren kopurua eta aurreko urteetako antzekoak izan dira; aldiz, TRALI kasuak (*Transfusion-Related Acute Lung Injury* - transfusioekin lotutako birika-lesio akutua), erreakzio alergikoak eta biriasi-azterketak ugaritu egin dira aurreko urteekin alderatuta.
- Jakinarazitako kasu gehienak “ia gorabeherak” izan dira, eta arrazoi ohikoenak lagin-erazketan gertatu izan dira:
 1. Emailea ez da aktiboki identifikatu.
 2. Transfusioa egin aurreko laginak ez dira ondo identifikatu.
- Komeni izaten da “ia gorabeherak” diren kasuak ere jakinaraztea eta erregistratzea; izan ere, konplikazioak sortu aurretik detektatzen direnez, aurrez aztertu eta zuzendu daitezke gerora transfusio-akatsa eragin dezaketen prozesuko urratsak.
- Osasun-langileen trebakuntza eta transfusio-prozesuaren informatizazioa lagungarri dira pazientearen segurtasuna hobetzeko eta osagaiak hautatzean egiten diren akatsak murrizteko; adibidez, osagai irradiatuen transfusioa behar duten pazienteei osagai ez-irradiatuen transfusioa ez egiteko.
- Antzeko tamainako ospitaleek informazio desberdina bidaltzen dute transfusioen erreakzio kaltegarriari buruz; beraz, pentsa daiteke erreakzio kaltegarriak desberdin identifikatzen direla edo ez direla jakitera ematen.
- Komeni da beti **“Gorabeheren erregistro-orria”**n jasotako informazioa betetzeaz gogoratzea eta hemozaintza Sailera aldi berean behin bidaltzeaz gogoratzea (bi hilez behin, gutxienez). Horrez gain, ospitaleek idatziz jakinarazi behar dute ez dela gorabeherarik izan, ospitale-zentroetako partaidetza-txantiloian jasota gera dadin (Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa).
- Sare pribatuko ospitaleen parte-hartze handiagoa lortu behar da, bai eta hemozaintza-sistematik komunikazio eta informazio hobea ere.
- Aloimmunizazioa: **“Immunitate-gorabeherak”** bilketa-orrian datu guzti-guztiak erregistratu behar dira, eta transfusioan erabilitako unitateen zerrenda edo pazientearen kodea erantsi behar dira, gero trazabilitatea egin eta emailearekiko neurriak hartzeko.

EBALUAZIOA (ADIERAZLEAK)

11. taulan, transfusioen segurtasunari, odol-osagaien eta ehunen emaileei eta hartzaileei buruzko adierazleak laburtu dira.

11. taula. Transfusioen segurtasunari, odol-osagaien eta ehunen emaileei eta hartzaileei buruzko adierazleak.

ADIERAZLEA
Erreakzio kaltegarrien kopurua
Alergiak
Sukarra
TRALI
Hemolitikoak
Aloimmunizazioa
Ostalariaren aurkako mentu-erreakzioa
Transfusio-purpura
Bakterio-infekzioa
Birus-infekzioa
Parasito-infekzioa
Birika kardiogenikoko edema
Hemosiderosia
Ia gorabeheren kopurua
Erreakzio kaltegarrien ehunekoa
Transfusioan erabilitako unitate-kopurua
Hematieak
Plaketak
Plasma

9. EL. PAZIENTEAREN SEGURTASUNAREN GAINEKO TREBAKUNTZA

OINARRIA

Profesional-taldearen trebakuntza estrategia garrantzitsua da, nazioartean aintzatetsia, osasun-zerbitzuak eskaintzen dituztenek zaindu beharreko segurtasun klinikoa hobetzen laguntzen baitu (8, 20, 44).

Beraz, osasun-asistentziarekin zerikusia duen segurtasunari buruzko trebakuntza korporazio-estrategiaren ekintza-lerro guztietan agertu behar den zehar-prozesu bat da. Ikuspegi horretatik begiratuta, profesionalen trebakuntza ezinbestekoa da hauek lortzeko:

- Segurtasunaren kultura sortu eta mantentzea.
- Liderren inplikazioa lortzea.
- Arriskuak modu proaktiboan baloratu eta aztertzea.
- Gertatutakoen berri ematera bultzatzea, gertaeren analisia sustatzea eta gertaeretatik ikastea.
- Pazienteak beren segurtasun klinikokoan eta ondorio okerren analisisian inplikatzeko.

AURREKARIAK

Osasun-arretan, segurtasunaren hainbat arlotara berariaz zuzendutako trebakuntza-jarduerak modu erregular batean egin izan dira orain arte, Kalitatearen Zuzendariordetzak edo zerbitzu-erakundeek berek bultzatuta. Formatu presentziala eta erdipresentziala erabili izan da hainbat gai jorrotuta, hala nola pazientearen segurtasunaren oinarrizko kontzeptuak, eskuetako higiena, ondorio okerren analisia, etab. Horri esker, profesional sentsibilizatuen oinarrizko talde bat osatu da erakunde guztietan, eta gainerako lankideentzat eragile izan da egunerokotasunean pazientearen segurtasunaren oinarrizko kontzeptuak aplikatzen.

HELBURUAK

Ekintza-lerro honen helburua da zerbitzu-erakundeetako profesionalak gai hauetan trebatzea:

1. Pazientearen segurtasunari buruzko kontzeptu orokorrak ulertzea.
2. Arazoaren garrantziaz eta hedaduraz jabetzea.
3. Segurtasunari lotutako terminologia eta taxonomia interpretatzea.
4. Arriskuen kudeaketaren zikloa osatzen duten aldiak eta osagaiak identifikatzea.
5. Ondorio okerren eremuan gaur egun dauden jakinarazpen-sistemak eta gaur egungo esperientziak ezagutzea.
6. Pazientearen segurtasunaren estrategia eta Osakidetzan abian jarritako jarraibide egokiak baloratzea.

EGOERA, AURREIKUSPENA ETA ITXAROPENA

Prestakuntzaren Zerbitzu Korporatiboaren lankidetzarekin garatutako lehenengoetako trebakuntza-jarduera “*Pazientearen segurtasunari buruzko Oinarrizko ikastaroa*” izan da. Bi saio izan dira dagoeneko, euskaraz eta gaztelaniaz, langile guztiei zuzenduak, lanbide-profilari erreparatu gabe.

Bi saio horiek 2013ko maiatzaren 6an eta 13an hasi ziren, hurrenez hurren. Ikastarook lagungarri izango dira osasun-arretako langile guztiei heziketa-programak aplikatzeko estatuko nahiz nazioarteko hainbat erakundek (Osasunaren Sistema Nazionalaren Kalitatearen Agentziak eta Osasunaren Europako Batzordeak) proposatu dituzten gomendioak betetzeko. Ikastaroen helburua da erabaki klinikoak hartzean eta arriskua kudeatzean prozesuak hobeto ulertzeko gaitasuna izatea eta pazientearen segurtasunaren inguruko gorabehereri hobeto heltzeko gakoak eskaintzea. Trebakuntza-jarduera honek bi helburu ditu: jakintza zabaltzea eta profesionalak sentsibilizatzea. Hala, “segurtasunaren kultura” hobetu nahi da, erakundez erakunde jokabideak aldatzeko gako gisa.

Saio horien aurretik, trebakuntza-proba pilotu bat egin zen aurrez hautatu eta inplikatu ziren lagun batzuen eskutik. Horri esker, edukiak are gehiago findu ahal izan ziren, akatsak zuzendu ahal izan ziren eta plataformaren fidagarritasun teknikoa egiaztatu.

Ikastaroak 8 kapitulu ditu, besteak beste: irakaskuntza-helburuak, kontzeptu giltzarriak, dokumentu- eta multimedia-euskarriak, ondorioak eta autoebaluazioa. Zerbitzu-erakunde bakoitzaren segurtasun-arloan erreferente diren lagunek berebiziko zeregina dute ikasleak erakartzen eta izena eman dezaten animatzen, bai eta ikastaroan zehar ikasleek izan ditzaketen zalantzak argitzen ere.

Helburua da trebakuntza-jarduera hori Prestakuntzaren Zerbitzu Korporatiboaren ikastaro-katalogoan modu jarraituan eskaintzea, eta, hala, pazientearen segurtasunaren aldeko interesa bizirik eta aktibo mantentzea.

2013an zehar, trebakuntza-ekintza gehiago izango ditugu formatu desberdinetan, denboran zehar iraunarazteko asmoarekin. Besteak beste, gai hauek jorratuko dira:

- Eskuetako higieena: onlineko formatuan ere eskainiko da, profesional guztiei irekia.
- Txertoak: presentziala izango da.

- Erradiazio ionizatailea darabilten proba diagnostikoak modu optimoan agintzea: formatu presentziala (erradiazio ionizatailea darabilten proba diagnostikoak modu optimoan agintzeari buruzko ekintza-lerroan deskribatua).

EBALUAZIOA

Ekintza-lerro hau ebaluatzeko, 12. taulan jasotako adierazleak proposatzen dira.

12. taula. Pazientearen segurtasunari buruzko trebakuntzari dagozkion adierazleak.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Zerbitzu-erakunde bakoitzean pazientearen segurtasunari buruzko onlineko trebakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak zein ez-sanitarioak)	% 8 (2013) % 15 (2014) % 25 (2015)
Zerbitzu-erakunde bakoitzean eskuetako higieneari buruzko onlineko trebakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak zein ez-sanitarioak)	% 8 (2013) % 15 (2014) % 25 (2015)

Osakidetzako
Pazientearen
Segurtasuneko ekintza-
lerro korporatibo berriak



10. EL. PAZIENTEA OKERRIK EGIN GABE IDENTIFIKATZEA OSAKIDETZAN

ARRAZOIAK ETA HELBURUAK

Osasun-zentroetan pazienteak ondo identifikatzea, arreta eskaini nahi diogun pazienteak guk uste dugun hori dela egiaztatzea, oinarrizko neurri bat da arretan okerrik ez egiteko. Hainbat erakunde nazionalak zein nazioartekok (Osasun Ministerioa, ISMP, Avedis Donabedian Fundazioa, OME, Joint Comission edo NPSA) dagoeneko sartuta daukate osasun-arretan lehenetsunez kontuan hartu beharreko jardunbide seguruen artean (4, 70-72).

Pazientea identifikatzeko ohiko moduak –gela- edo ohe-zenbakia, diagnostikoa, ezaugarri fisiko edo psikologikoak, izen jakin bat izatea– ez dira eraginkorrak pazienteak gaizki identifikatzearen ondorioz sortzen diren arazoak saihesteko, hala nola okerreko sendagaia ematea, okerreko ebakuntza kirurgikoa egitea, okerreko proba diagnostikoa, okerreko odol- eta hemoderibatu-transfusioa, etab. American Hospital Association (1) erakundeak ere nabarmen adierazi du ahozko identifikazioa ez dela nahikoa, gerta baitaiteke pazienteak gai ez izatea gure baldintzen erantzuteko: lasaigarriak hartu dituelako, arreta falta nabaria duela, kasurik egiten ez duela edo nahastuta dabilelako. Gainera, hizkuntza-hesiak edo idiomatikoak ere izan ditzake, edo entzuteko arazoak, edo oso gaztea izan daiteke, eta horrek guztiak akatsak egiteko probabilitatea handitu dezake.

Beraz, Osakidetzaren sareko erakundeetan pazienteak identifikatzeko sistemak homogeneizatzea eta hobetzea segurtasun-helburu bat izango da 2013-2016 denboraldirako.

GARAPENA

Gure erakundeak, asistentziaren hainbat arlo (Arreta Espezializatua, Lehen Mailako Atentzioa eta Osasun Mentala) eskaintzen dituzten zentroz osatuta dagoenez, hiru alderdi hauek hartu behar ditu kontuan, pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko:

1. Ospitaleratutako pazienteak fisikoki identifikatzea.
2. Pazientearen nortasuna korporazioaren aplikazio informatikoetan egiaztatzea.
3. Ospitaleratu gabeko pazienteak sareko arreta-puntu guztietan identifikatzea.

1. OSPITALERATUTAKO PAZIENTEA FISIKOKI IDENTIFIKATZEA

Badirudi nazioartean nahiko onartuta dagoela besoko bat erabiltzea aukera ona dela pazienteak ospitalean dagoen bitartean haren datu pertsonalak une oro jakiteko. Besokoari esker, nabarmen murriztu dira, % 50 inguru, pazienteak oker identifikatzearen ondoriozko akatsak (73). Besoko horien aukera zabala dago merkatuan, eta mota askotakoak izan daitezke (irakurgailu optikorako barra-kodea izan dezakete edo ez, irrati-maiztasunen sistema bat izan dezakete edo ez, etab.), baina kasu guztietan ezaugarri hauek bete behar dituzte: modu irakurgarrian jaso behar ditu pazientearen izena, bi abizen eta historia klinikoaren zenbakia, sekula ez gela- edo ohe-zenbakia.

Gainera, besoko hori pazienteari noiz ipini eta kendu behar zaion ere finkatuta dago: zentroan ospitaleratutako unean bertan jarri eta alta-agiria emandako unean kendu behar zaio; protokolo batzuetan proposatzen da etxera iritsitakoan kendu behar lukeela pazienteak berak edo gertukoren batek. Hala, ziurtatzen da pazienteari aplikatuko zaizkion prozedura guztiak besokoa jarrita daukala egingo zaizkiola (74, 75, 76).

Adierazi dugun moduan, besokoa erabiltzeak ez ditu erabat desagerrarazten identifikazio-akatsak; izan ere, besokoa erabiltzeak berak hainbat zailtasun ditu, luze eta zabal dokumentatuak:

- Arriskutsutzat jotzen diren jarduerak egiteko orduan, besokoa egiaztatzeak dinamika oso eskasa da.
- Pazienteak oker identifikatzeak dakartzan arriskuez gutxi arduratzen dira profesionalak.
- Identifikazio-prozesua ez da protokolo batean jasotzen.
- Identifikazio-besokoko datuak ezabatu egin daitezke.
- Besokoko datuak gaizki egon daitezke.
- Besokoak jartzean, erantzukizuna definitzeko arazoak.
- Pazienteek besokoa errefusatu dezakete (“gauza bihurtzearen” sentimendua).
- Prozedurak egiteko zailtasunak eragin ditzake.

Hala eta guztiz ere, besokoa era homogeneoan ezartzea urrats interesgarria da pazienteak ondo identifikatzeko esku-hartze sendoago baten definizioa egiteko prozesuan.

Gaur egun gure sareko hainbat ospitale-erakundek ospitaleratutako pazienteak identifikatzeko sistema protokolizatu bat darabilte, besoko identifikatzaileen erabileran oinarritua; dena den, ez dago homogeneotasunik, ez erabilitako besokomotetan, ez haien erabilera arautzen duten protokoloetan ere.

Horrenbestez, pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko ekintza-lerro korporatibo hau garatzeko, beharrezkoa da jarduera hauei ekitea:

- Zerbitzu-erakundeetan erabilitako identifikazio-sistema guztiak eta prozesu hori arautzen duten protokoloak aztertzea.

- Merkatuan dauden aukera komertzialak aztertzea.
- Erakundearen interesentzat tresnarik egokiena aukeratzea eta erabilera arautzeko protokolo korporatibo bat prestatzea.
- Trebakuntza- eta informazio-prozesu bati ekitea, profesionalei nahiz pazienteei zuzendua, guztiengan jarrera proaktiboa sustatzeko.
- Hedatzea eta ezartzea.

2. PAZIENTEAREN NORTASUNA KORPORAZIOAREN APLIKAZIO INFORMATIKOETAN EGIAZTATZEA

Asistentzia-eremu guztietan Historia Kliniko Elektronikoa ezarri denetik pazientearen eremua seguruagoa da, papereko historia klinikoak baino abantaila gehiago dituelako elektronikokoak:

- Kokaleku desberdinetatik (toki eta une desberdinetatik) erabiltzeko aukera.
- Testuaren irakurgarritasuna.
- Datuen segurtasuna.
- Konfidentzialtasunaren bermea (sarbideak mugatuta).
- Informazioa bistartzeko edo ordenan irakurtzeko malgutasuna.
- Beste informazio-sistema batzuekin (X izpiak, Laborategia...) integratzeko aukera.
- Datuak kontrolatu, laburtu, interpretatu edo bilatzeko aukera.

Hala ere, ezin da esan segurtasun klinikoan ez duela arriskurik sortzen. Pazienteari datu-basean alta ematen zaion unetik bertatik sor daitezke arriskuak; izan ere, gerta daiteke paziente bati okerreko identifikazio-datuak jartzea edo paziente berari behin baino gehiagotan ematea alta datu batzuk desberdin sartuta, eta, ondorioz, historia kliniko bikoiztua izan. Egoera horien ondorioz, pazientearen identifikatzeko arazoak sor daitezke osasun-arreta eskaini behar zaion unean. Behin arazo horiek detektatuta, berriro gerta ez daitezen hesiak jartzen dira.

Osasun-arretaren profesionalak berak arduratuta daudenez gai horrekin, hainbat hobekuntza identifikatu dira oztopo horietan garatu beharrekoak, eta bi ekintza bereizi hauek multzokatu daitezke:

- Historia kliniko bikoiztuak kudeatzea eta araztea.
- Aplikazio informatikoetan aldaketak egitea.

3. OSPITALERATU GABEKO PAZIENTEA OSAKIDETZAREN SAREKO ARRETA-PUNTU GUZTIETAN IDENTIFIKATZEA

Ospitalean egonaldiak egiten direnean bezala pazientearen zuzen identifikatzea – ospitaleratu beharrik gabe osasun-sistemarekin harremanen bat duen bakoitzean– oso garrantzitsua da akatsik gerta ez dadin proba diagnostikoak egitean, sendagaiak

agintzean, txostenak entregatzean, eta abar, eta, ondorioz, behar ez diren kostuak ekidin daitezten. Gainera, oso baliagarria da osasun-prestazioen erabileran iruzurra saihesteko. Horregatik, pazienteak arreta jasotzen duen puntu guztietan jarri behar da praktikan: bezeroen arretarako guneetan dokumentazioa entregatzean, aurretiazko hitzordua eskura dagoen edozein kanaletatik eskatzean, mediku-kontsultetan, erizaintzako kontsultetan, etab.

Prozesu honetan, profesionalak bezalaxe erabiltzaileak ere sentsibilizatu eta inplikatu egin behar dira: profesionalak –sanitarioak eta ez-sanitarioak– erakundeetan dauden protokolo eta gomendio guztiak ezagutu eta praktikan jar ditzaten; eta erabiltzaileak, nor bere identifikazioan erraztasunak jar ditzan eta eskaintzen zaion edozein arreta-saio edo entregatzen zaion edozein dokumentu berarentzat dela egiazta dezan.

Horrez gain, gaiari buruz indarrean dagoen lege-araudia hartu behar da kontuan, besteak beste, 1989ko uztailaren 18ko 175/1989 Dekretua, Osakidetzako paziente eta erabiltzaileen eskubide eta betebeharren gutuna onesten duena (zeinak pazienteak behartzen baitu harreman guztietan bere burua legezko agiri batekin identifikatzera), edo 1999ko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoa, izaera pertsonaleko datuen babesari buruzkoa (zeinak behartzen baitu pazienteak zuzen identifikatzera txosten bat entregatu aurretik adibidez).

Segurtasun-elementu honen garrantzia aintzat hartzen dutenez, zerbitzu-erakundeek hainbat jardura jarri dituzte martxan profesionalen eta erabiltzaileen inplikazioa sustatzeko. Beraz, estrategia korporatiboaren esparruan, ekintza hauek gauzatu behar dira:

- Erakundeek pazienteak identifikatzeko erabiltzen dituzten jardunbide egokiak aztertzea.
- Pazienteak identifikatzeari dagokionez, jardunbide egokien gidaliburu korporatibo bat definitzea.
- Pazientearen identifikazioari buruzko jardunbide egokien gidaliburu korporatiboa prestatzea eta zabaltzea.

EBALUAZIOA ETA SEGIMENDUA

ADIERAZLEAK

13. taulan, ekintza-lerroari dagozkion adierazleak ageri dira.

13. taula. Osakidetzako pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko ekintza-lerroari dagozkion adierazleak.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Urtero neurtu beharreko adierazleak	
Pazientea fisikoki identifikatzeko sistema bat ezarrita daukaten ospitale-erakundeen proportzioa	% 100
Pazienteen altak eta aldaketak kudeatzeko protokolo korporatiboak eta ISO prozesua hedatu dituzten erakundeen proportzioa	% 100
Osasun-sistemarekiko harremanetan pazienteak identifikatzeko jardunbide egokien gidaliburua hedatu eta aplikatu duten erakundeen proportzioa	% 100
Lau hilean behin neurtu beharreko adierazleak	
Erakunde bakoitzean pazienteak fisikoki identifikatzeko sistema bat ezarrita daukaten zerbitzuen proportzioa	% 100
Erakundeetan eta zerbitzuetan zuzen identifikatutako pazienteen proportzioa	% 100

11. EL. MEDIKAZIOA BATERATZEA

ARRAZOIAK ETA HELBURUAK

Sareko hainbat eremutako erakundeek interesa erakutsi izan dute gure pazienteei agintzen zaien medikazioa bateratzeko prozesuak hobetzeko. Medikazioa bateratzeko prozesu horretan, modu formal eta protokolizatu batean jaso ohi da pazienteak hartzen dituen botiken zerrenda osatua eta zehatza, eta arreta-zerbitzu bat jaso ondoren (larrialdi-zerbitzu batean ingresatu ondoren, osasun-unitate edo -zentro batera eraman ondoren eta/edo ospitaleko alta-agiria jaso ondoren) agindu zaion medikazioarekin alderatzen da, ikusteko ea zerbait oker dagoen, falta den, bikoiztuta dagoen eta/edo zuzendu beharreko interakziorik sortzeko arriskua detektatzen den. Horiek horrela, medikazioa bateratzea nazioarteko hainbat erakunderen ardurako gaia eta ikerketen helburua izan da, hala nola JCAHO erakundearena, 2005az geroztik, edo OMErena, 2006az geroztik (54). Horrek gaiari buruzko ebidentzia berriak hornitu ditu (77, 78).

Medikazioaren bateratze-prozesua ospitaleratze-garaian ere egin daitekeela ahaztu gabe, ekintza-lerro hau proposatu duten erakundeek benetako interesgunea da pazienteen asistentzia-eremu batetik bestera igarotzen denean egitea medikazio-bateratze hori; izan ere, datuetatik ondorioztatzen denez, ospitaleratzen diren pazienteetatik % 54-67k izaten du arrazoibiderik gabeko desegokitasunen bat, gutxienez, anbulatorioko tratamenduaren eta historia klinikoan erregistratuaren artean (kalte larria edo tartekoa eragin dezake horrek kasuen % 39an), pazienteetatik % 12k izaten du ondorio okerreren bat alta jaso eta bi astera, eta agindutako medikamentuen % 60,1ean aurkitu daiteke bateratze-akatsen bat (54).

Kopuru horiek ahalik eta gehien murriztea da 2013-2016 denboraldirako segurtasunean duen helburuetako bat. Erakundeetako batzuk hasiak dira lerro horretan lanean ikerketa-ekintza proiektuak garatuz eta esku hartuz (79).

Medikazioa bateratzeko prozesua hobetzeko, gainera, tratamendu farmakologikoaren preskripzioa, jarraipena eta kontrola gauzatzeko tresna bat behar da, premia horietara egokitua. Gure arloan, tresna hori historia kliniko elektronikokoan integratuta dago: PRESBIDE. Ezarri zenez geroztik, Lehen Mailako Arretako erakundeetan eta ESletan pazientearen segurtasunean erreferente direnek hainbat hobekuntza egin beharra antzeman dute. Hobekuntza horien bidez, bateratze-prozesua hobeto egin ahal izango da, eta sistemaren segurtasun orokorra hobetu ahal izango da.

GARAPENA:

Esku-hartze hauek proposatzen dira:

1. Medikazioa bateratzeko programa bat garatzea.
2. PRESBIDEn egin beharreko hobekuntzak identifikatzea, jakinaraztea eta segimendua egitea.

1. Medikazioa bateratzeko programa bat garatzea

BiE-Kronikoak proiektuan eta beste proiektu batzuetan garatutako lana erreferentziazat harturik, asistentzia-eremu batetik bestera igarotzen diren pazienteei Lehen Mailako Arretaren zerbitzutik aplikatzeko moduko programa bat prestatu ahal izango da, eta 2013. urtearen amaiera aldera proba pilotu moduan erabiltzeko eta ezartzeko moduan egotea espero da.

Programa hori baldintza hauen inguruan egituratuko da:

- Batez ere patologia anitzeko paziente kronikoei zuzendua izango da.
- Pazientea asistentzia-eremu batetik bestera igarotzen den uneetan zentratuko da.
- Elementu hauek definituko ditu:
 - Agente eta prozesuen deskribapena.
 - Berrikuspen kliniko mota eta tresna baliozkotuak (Stop-Start, Priscus, Acove...).
 - Tratamenduarekiko atxikimendua baloratzeko sistematika.
 - Mailen artean komunikatzeko sistema: medikamentuen zerrenda eguneratua.
 - Eremuz eremu pazienteari eman beharreko informazioa: Lehen Mailako Arreta, Osasun Mentala eta Arreta Espezializatua.
 - Pazienteari eman dakizkiokeen dokumentuak.
 - Ebaluazio-adierazleak.

Programa osatu ondoren, hedatu egin behar da, eta Lehen Mailako Arretako eta ESletako zerbitzu-erakunde guztietan ezarri behar da. Horretarako, erakunde bakoitzean pazientearen segurtasunean erreferente direnen partaidetza behar da.

2. PRESBIDEn egin beharreko hobekuntzak identifikatzea, jakinaraztea eta segimendua egitea

Medikazioaren bateratze-prozesua ahalbidetzeko eta segurtasuna orokorrean handitzeko PRESBIDek behar dituen hobekuntzak direla eta, Lehen Mailako Arretako eta ESletako erakundeetan pazientearen segurtasunean erreferente direnek zeresan handia izango dute hobekuntza horiek identifikatzen. Hobekuntzak identifikatu ondoren, tresnaren

arduradun funtzionalei transmititu behar zaizkie. Neurri horien osagarri, PRESBIDE erabiltzeko jardunbide egokien dekalogo bat presta daiteke, profesional agindu-emaileei zuzendua.

EBALUAZIOA ETA SEGIMENDUA

ADIERAZLEAK

14. taulan, ekintza-lerroari dagozkion adierazleak ageri dira.

14. taula. Osakidetzan medikazioa bateratzeko ekintza-lerroari dagozkion adierazleak.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Urtero neurtu beharreko adierazleak	
Pazientea asistentzia-eremu batetik bestera pasatzen denean medikazioa bateratzeko erabiltzen den programa berrikusita eta eguneratuta dagoen ala ez	Eskuragarri 2014/01/01ean
Pazientea asistentzia-eremu batetik bestera pasatzen denean medikazioa bateratzeko erabiltzen den protokoloa hedatu eta aplikatu duten ESlen eta Lehen Mailako Arretako erakundeen proportzioa	% 100 2014/12/31n
PRESBIDE erabiltzeko jardunbide egokien dekalogorik dagoen ala ez	Eskuragarri 2014/12/31n
PRESBIDE erabiltzeko jardunbide egokien dekalogoia hedatu eta aplikatu duten ESlen eta Lehen Mailako Arretako erakundeen proportzioa	% 100 2014/12/31n

12. EL. PAZIENTEAK OSASUN-ARRETAREN SEGURTASUNEAN DUEN INPLIKAZIOA

ARRAZOIAK ETA HELBURUAK

Osasun-sistemak eskaintzen duen arretan pazienteak, eta haren senideak eta/edo zaintzaileak, inplikatzea funtsezko elementua da pazientearen segurtasuna hobetzeko, eta lehen mailako elementu estrategikoa da. Pazienteak bere osasunaz, segurtasunaz eta bizimoduaz erantzukizuna bereganatzeak eta bere zainketan inplikatzeak aukera ematen digu pazienteak bere osasun-arazoak duen ezaguera eta eskarmentua aprobetxatzeko, eta, hala, arriskuak identifikatu eta segurtasun-arazoei oztopoak jartzeko. Gainera, segurtasun-arazo asko pazienteak bertan dela gertatzen direnez, berak ikusteko moduan, arazo horiek saihesten lagundu dezake. Beraz, pazienteak bera segurtasun-arazoen informazio-iturri ezinbestekoa izan daiteke, bai eta segurtasuna hobetzeko baliabide ezin hobea ere. Hori bera berrestera datorren ebidentzia zientifiko ugari dago. Ebidentzia horiek nabarmentzen dute beharrezkoa dela pazienteak bere osasun-arazoaren diagnostikoan, tratamenduan eta segimenduan inplikatzea osasunaren profesionalak (80, 81). Beraz, pazienteak behar duen informazio guztia izan behar du jasotzen ari den arretaren onurez eta arriskuez, eta, horrez gain, zeregin aktiboa izan behar du jasotzen ari den osasun-arretaren segurtasun-akatsak unez unetz antzematen eta konpontzen.

Oro har, nazioartean ikusi izan da pazientearen inplikazioa eraginkorra dela segurtasun klinikoaren alderdi hauetan (81):

- Ondorio okerren jarraipena eta jakinarazpena gauzatzea.
- Medikazioa ematea.
- Jarduera kirurgikoen segurtasuna.
- Eskuetako higiena.
- Prozeduren edo tratamenduen aurretiko identifikazioa.

Pazienteak bere segurtasunean parte hartzea munduko osasun-sistema guztietan irabazi beharreko erronketako bat da. Hori dela eta, nazioarteko hainbat erakunde eta elkartek parte-hartze aktiboa hartu dute gaian. Adibidez, Osasunaren Munduko Erakundearen Pazientearen Segurtasunerako Munduko Aliantzaren lehentasunezko ekintza-lerroetan – 2006ko maiatzean egin zen OMEren 59. bilkuran jaso baitziren– “Pazienteen segurtasunaren aldeko pazienteak” estrategia nagusitzen da. Estrategia horren bidez, pazienteen parte-hartzea sustatu nahi da, maila indibidualean nahiz taldean, beren segurtasuna hobetzeko jardueretan parte har dezaten. Tankera horretako beste adibide batzuk Erresuma Batuko NHSren NPSAK tratamendu farmakologikoen segurtasunaren

inguruan gauzatutakoak ditugu (medikazioari buruzko galderak eta aholkuak dituen txartel bat ematea urtero), bai eta AEBko JCAHOk gauzatutakoak ere, adibidez SPEAK UP kanpaina (HITZ EGIN GARBI).

Estatuan, Pazientearen Segurtasunaren Estrategia Nazionalaren esparruan “Pazienteek pazienteen segurtasunaren estrategian parte hartzeko” helburu zehatzarekin, hainbat ekintza-lerro garatu dira pazienteek segurtasun klinikoan parte har dezaten lankidetzareduak eta trebakuntza-jarduerak garatzeko (8). Ekintza-lerro horien artean, hauek ditugu:

- Pazientearen segurtasunari buruz pazienteek eta kontsumitzaileek dituzten iritziak eta itxaropenak ezagutzeko ikerketa kualitatiboak egitea eta parte hartzeko mekanismoak ezartzea.
- “Osasun Sistema Nazionalen segurtasunaren aldeko aitorpena eta pazienteen konpromisoa” lantzea.
- Pazientearen segurtasunari buruzko trebatzaileen hiritar-sarea sortzea, Osasun Publikoaren Andaluziako eskolaren lankidetzarekin.

Horiek horrela, ezinbestekoa da pazienteak beren segurtasunean parte hartzera bultzatuko dituzten ekintza-lerro korporatibo batzuk garatzea. Ekintza-lerro horiek bi helburu espezifikotan multzokatu daitezke:

- Pazienteak pazientearen segurtasunaren arloan sentsibilizatzea eta trebatzea.
- Pazienteak segurtasunaren gorabeheren komunikazioan inplikatzeko.

GARAPENA

Pazienteak pazientearen segurtasunaren arloan sentsibilizatzea eta trebatzea

Helburu hori lortzeko, ekintza hauek planifikatu dira, besteak beste:

- Sentsibilizazio-kanpaina bat egitea: “Zure Segurtasuna zeure esku dago”. Lelo hori hedatzeko, hainbat kanal erabiliko dira (horma-irudiak, liburuxkak, Osakidetzaren web-orria...), mezu argiak eta errazak erabiliz.
- Erabiltzaileak osasun-arretarekin harremanetan jartzen diren puntuetan (larrialdietan, kontsultetan, ospitaletan, kirurgian, proba osagarrietan) pazientearen segurtasunari buruzko informazio-liburuxka berariazkoak prestatzea eta hedatzea.
- Pazientearen segurtasunaren kultura hiritarrari irekitako plataformetan integratzea (Paziente Aktiboa, Osasun-karpeta).

Pazienteak segurtasunaren gorabeheren komunikazioan inplikatzea

Tankera honetako ekintzak aurreikusi dira:

- Hiritarrek segurtasunaren gorabeheren berri eman dezaten sistema bat prestatzea:
 - Paperezko inprimaki bat prestatzea eta arreta-zentro guztietan eskura jartzea, segurtasunaren gorabeheren berri emateko balio dezan
 - Osakidetzaren web-orrian hiritarrek segurtasunaren gorabeherari buruz idazteko sistema bat gaitzea
- Erabiltzaileak segurtasunaren inguruan nolako pertzepzioa duen eta zer itxaropen dituen jakitea, eta kekek, erreklamazioak eta iradokizunak adierazteko aukera sustatzea.

EBALUAZIOA ETA SEGIMENDUA

ADIERAZLEAK

15. taulan, ekintza-lerroari dagozkion adierazleak ageri dira.

15. taula. Pazientea osasun-arretaren segurtasunean inplikatzeko ekintza-lerroaren adierazleak.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
2013ko amaieran	
Hiritarrek sentsibilizatzeko kanpaina hedatzea	Egina
Arlo desberdinetarako informazio-liburuxkak prestatzea	Egina
Hiritarrek segurtasunaren gorabeheren berri eman dezaten inprimakia prestatzea	Egina
2014ko amaieran	
Informazio-liburuxkak hedatu dituzten erakundeen %	% 100
Hiritarrentzat irekitako plataformetan segurtasunaren kultura integratzea	Egina
Segurtasunaren gorabeherak jakinarazteko inprimakia hedatu duten erakundeen %	% 100
PEAZ zerbitzuen bidez inprimakia zabaldu duten erakundeen %	% 100
Gorabeheren jakinarazpena Osakidetzaren estraneteen gaitzea	Egina
2015eko amaieran	
Hiritarrek jakinarazpenak egiten parte hartu duten erakundeen kopurua	
Jakinarazitako segurtasun-gorabeheren kopurua (ia gorabeherak / kalterik gabeko gorabeherak / kaltea eragin duten gorabeherak)	
Segurtasunaren erreferente direnek jakinarazitako gorabeherak / Kexen eta erreklamazioen bidez jasotakoak (%)	% 80

13. EL. GERNU-KATETERRARI LOTUTAKO GERNU-TRAKTUKO INFEKZIOAK (GTI) GUTXITZEA

ARRAZOIAK ETA HELBURUAK

Gernu-traktuko infekzioak (GTI) izan ziren, 2011ra arte, infekzio nosokomial nagusiak. Haietatik % 80 gernu-kateterrak erabiltzeari lotuta daude. Osasun-arretako kostuak handitu ez ezik, ospitaleko egonaldia eta haiek gainditzeko behar diren tratamenduak luzatzeagatik (kalkuluen arabera, urtean 425 milioi \$, adibidez, AEBn) (82), pazientearen eboluzioa eta osasun-egoera okertu ere egiten du; hala, arrisku handiagoa dute beste konplikazio batzuk izateko (pielonefritisa, erresistentzia anitzeko mikroorganismoek eragiten duten infekzioa, adinduen erorketak edo narriadura kognitiboa) eta hiltzeko (bakteriemiak). Hori dela eta, gernu-kateterrak erabiltzeari lotutako GTIak arretagune dira pazientearen segurtasunaz arduratzen diren nazioarteko erakundeentzat, zeinek irmo gomendatzen baitute infekzio horiek gutxitzeko ekimenak martxan jartzea (20).

Arazoaren dimentsioak

Espanian, EPINE 2011ren datuen arabera (36):

- gernu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteen prebalentzia, faktorearen informazioa dagoen kasuetan, % 9,68 da.
- Gernu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteen infekzio nosokomialaren prebalentzia % 13,48 da.
- Gernu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteen gernu-infekzioaren prebalentzia % 3,96 da.

Osakidetzan:

- Gernu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteen infekzio nosokomialaren prebalentzia % 16,77 da (2012ko behin-behineko datuak).

Begien bistakoa da, datu horietan oinarrituta, nahitaezkoa dela GTIak azaltzea eragiten edo errazten duten faktoreetan esku hartu behar dela, ahalik eta gehiena gutxitzeko. Arazoaren azterketa sakontzeko, berrikuspen bibliografiko bat egin da (83-113), zeinak agerian utzi baitu bost talde hauetan sailka daitezkeela gernu-zundari lotutako GTIak murrizteko ekintzak, gaur egungo ebidentzia zientifikoaren arabera eraginkorrenak eta efizienteenak direnak:

1. Behar ez diren gernu-zundak saihestea. Izan ere, kalkulaten da egiten diren zundaketen % 30-40 ez daudela ongi arrazoituak.
2. Gernu-zundak goiz kentzeko ekintzak, zundaketaren iraupena baita kateterrari lotutako GTlak garatzeko arrisku-faktore aldagarri nagusia.
3. Zunda sartzean teknika aseptiko bat erabiltzea ezartzeko ekintzak, mikroorganismo endogenoek (perineoan egoten dira) edo exogenoek (langileen esku kutsatuek edo esterilizatu gabeko materialek kutsatuak) gernu-traktua ez kolonizatzeke.
4. Gernu-zunden zaintzan jardunbide egokiak ezartzeko ekintzak, mikroorganismoak lumen barrutik edo kanpotik igoz gernu-trakturaino ez iristeko.
5. Gernu-zundari lotutako GTlen jarraipena eta ezarritako neurrien aldian behingo ebaluazioa, arazo honen prebalentzia txikiagotzeko hautatutako ekintzak laguntzeko, mantentzeko eta hobetzeko, eta, halaber, ekintzak gauzatzeko ardura dutenak aldatzera motibatzeke.

GARAPENA

Jasotako ebidentzian oinarrituta, esku-hartze hauek proposatu dira, gernu-kateterizazioari lotutako GTlak murrizteko ezarritako ekintza-lerro korporatiboaren osagarri. Pixkanaka hasiko diren jarduera-multzo bat du esku-hartze bakoitzak.

1. BEHAR EZ DIREN GERNU-ZUNDAK SAIHESTEA

- a. Gernu-kateterizaziorako adierazleak definitzea: jarduera klinikoko gidaliburuetan eta/edo diziplina anitzeko lantaldeen adostasunean oinarrituta.
- b. Gernu-zundaren alternatiba erabilgarriak aztertzea: aldizkako kateterizazioa gernu-erretentzioaren kudeaketan (ebakuntza ostekoa edo besteren bat); ultrasoinu-eskaner eramangarrien erabilgarritasuna (“Bladder scanner”) zunda kendutakoan gernu-erretentzioa baloratzeko; eta gernu-erretentziorik ez duten gizona-zoetan gernua biltzeko kolektoreak erabiltzea.
- c. Osabide Globalen egin beharreko hobekuntzak zehaztea. Hobekuntza horiek aukera eman behar dute gernu-zundaketaren agindu espezifikoa idatziz jasotzeko, agindu medikoa baliozkotu ahal izateko.
- d. Zerbitzu-erakundeetan jarraibideak betetzearen berri emateko eta segimendua egiteko estrategia bat ezartzea.

2. GERNU-ZUNDAREN IRAUPEN EGOKIA

- a. Erizainek medikuen agindurik gabe kateterra kentzeko irizpide espezifikoak dituen protokolo bat garatzea, diziiplina anitzeko talde baten parte-hartzearekin. Asistentziako sistema informatikoetan (Osabide Global eta Osanaia) egin beharreko hobekuntzak definitzea, protokolo honen arabera.
- b. Asistentziako sistema informatikoetan (Osabide Global eta Osanaia) egin beharreko hobekuntzak definitzea. Zunda mantentzeko agindua egunero berrikusteko aukera eman behar dute hobekuntza horiek.
- c. Zerbitzu-erakundeetan protokoloak betetzearen berri emateko eta segimendua egiteko estrategia bat ezartzea.

3. GERNU-ZUNDA SARTZEKO TEKNIKAREN JARRAIBIDE EGOKIAK

- a. Gernu-zundaren teknikaren jarraibide egokien dekalogo bat garatzea, diziiplina anitzeko talde baten parte-hartzearekin. Betetzearen berri ematea, mailakako trebakuntza eta jarraipena.
- b. Gernu-zunda sartzeko teknika egokiari buruzko behaketa-azterketak egitea beharrezkotzat jotzen den erakundeetan, dekalogo ezarri aurretik. Zunda sartzeko teknikaren check-list bat ezartzeko beharra duten erakundeetan hura neurri gehigarri gisa ezartzea baloratzea.

4. GERNU-ZUNDEN ZAINZAKO JARDUNBIDE EGOKIAK

- a. Gernu-zundaren zaintzarako jarraibide egokien dekalogo bat garatzea, diziiplina anitzeko talde baten parte-hartzearekin. Betetzearen berri ematea, mailakako trebakuntza eta jarraipena.
- b. Gernu-zunda sartzeko teknika egokiari buruzko behaketa-azterketak egitea beharrezkotzat jotzen den erakundeetan, dekalogo ezarri aurretik. Zundaren zaintzaren check-list bat ezartzeko beharra duten erakundeetan hura neurri gehigarri gisa ezartzea baloratzea.
- c. Jardunbide egokien dekalogoan zehaztutako zaintzak ezartzea, Osanaia zainza-planean egunero sinatzeko jarduera gisa.
- d. Hartutako zunda-sistemen berrikuspena egitea, azken ebidentzia zientifikoaren arabera.

EBALUAZIOA ETA SEGIMENDUA

- Zerbitzu-erakunde guztien asistentzia-gerentzia eta -zuzendaritzaren inplikazioa. Erdi-mailako agintariak ere inplikatzea.
- Erakunde bakoitzean erreferentziazko mediku bat eta erreferentziazko erizain bat esleitzea lerro korporatiborako, hedatze-, trebakuntza-, jarraipen- eta ebaluazio-jardueretan aritzeko.
- Jarraipenerako adierazleak (GTIen prebalentzia...) eta jarraipen-plana definitzea.
- Lortutako emaitzei buruzko informazioa ematea asistentziako profesionaleri.
- Esku-hartzeetan hobekuntzak sartzeko, emaitzen arabera.

ADIERAZLEAK

16. taulan, ekintza-lerroari dagozkion adierazleak ageri dira.

16. taula. Gernu-kateterrari lotutako gernu-traktuko infekzioak (GTI) gutxitzeari lotutako adierazleak.

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Urtero neurtu beharreko adierazleak	
Informazioa emateko eta mailakako trebakuntzako saioetan parte hartu duten asistentziako profesionalen ehunekoa (medikuak, erizainak, laguntzaileak eta zelariak)	% 90
Gernu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteen gernu-infekzioaren prebalentzia	% 25eko murrizketa
Lau hilean behin neurtu beharreko adierazleak	
Ebakuntza kirurgikoa egitetik 24-48 ordura zunda kentzen zaien paziente kirurgikoen proportzioa	% 85
Erizainek kentze automatikoaren protokoloari jarraikiz kendutako zunden proportzioa	% 15
Infekzioa dela-eta kentzen diren gernu-zunden proportzioa	% 50eko murrizketa
Maskuri-zunden erabilera-tasa	% 35eko murrizketa

BIBLIOGRAFIA

1. Committee on Quality of Health Care in America: INSTITUTE OF MEDICINE. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson, editores. Washintong DC. 1999.
2. World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneve: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
3. Europako Osasun Batzordea. Segurtasunaren kudeaketaren eta osasun-arretaren kalitatearen adituen batzordea. Osasun-arretako ondorio txarren prebentzioa: ikuspuntu sistemikoa. Europako Kontseilua CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.
4. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Estrategia en Seguridad del Paciente: recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. 2005, Madril.
5. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Txostena. 2006ko otsaila Madril. 2006.
6. Valentziako Osasun Agentzia. EPIDEA: Estudio de la Prevalencia de los Efectos Adversos en la Asistencia Hospitalaria de la Comunidad Valenciana. 2005. Hemen eskuragarri: www.proyectoidea.com/sivcea/v2/tallerformativo.pdf.
7. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madril. 2008.
8. Osasun Sistema Nazionalaren Kalitatearen Agentzia. Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. 2011ko abendua
9. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”. 2008.
10. Antoñanzas Villar F. Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud. Rev Esp Salud Pública 2013; 87:283-292.
11. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza, INOZ Batzordea. Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua. 1994.
12. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza, INOZ Batzordea. Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua. 1. eranskina. 1997.

13. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza, INOZ Batzordea. Infekzio nosokomialaren liburu zuria. 1997.
14. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza, INOZ Batzordea. Esterilizazio-prozesua kudeatzeko gida. 2004.
15. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza, INOZ Batzordea. Eskuetako higienaren gida langile sanitarioentzat. 2009.
16. Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzua Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuko azpiegiturekin lotutako arrisku mikrobiologikoak txikiagotzeko gomendioak. 1999.
17. Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzua Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuko azpiegiturekin lotutako arrisku mikrobiologikoak txikiagotzeko gomendioak. 2009
18. Pardo Hernández A, Claveria Fontán A, García Urbaneja M eta López Barba J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). *Med Clin Monogr (Bartz)*. 2008; 131(3. eransk.): 64-71.
19. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza. 2008-2012ko plan estrategikoa: bikaintasunetik berrikuntzara.
20. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM *et al*. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Ann Intern Med*. 2013; 158: 365-368.
21. Haley RW, Quade D, Freeman HE, Bennett JV. The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design. *Am J Epidemiol*. 1980ko maiatza;111(5):472-85.
22. Haley RW, Morgan WM, Culver DH, White JW, Emori TG, Mosser J, Hughes JM. Update from the SENIC project. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment. *Am J Infect Control*. 1985eko ekaina;13(3):97-108.
23. Osasunaren Mundu Erakundea. Pazientearen Segurtasunaren aldeko Munduko Aliantza. OMEk osasun-arreta dela-eta eskuetako higieneari buruz emandako zuzentarauak (zirriborro aurreratua): Resumen. Unas manos limpias son manos más seguras. 2005.
24. Osasun eta Kontsumo Saila, Eusko Jaurlaritza. Euskadirako osasun-politika, 2000.
25. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza. Osasuna Zainduz. 1994.
26. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza. Euskadirako osasun-politikak. 2002-2010eko Osasun Plana.

27. INOZ batzordea. Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzua. INOZ programa: infekzio nosokomialen zaintza epidemiologikorako programa informatikoa. 1997.
28. Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzua. Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana (PVPCIN) 1999.
29. Osasunaren Mundu Erakundea. Clean Care is Safer Care, First Global Patient Safety Challenge. 2009. Eskuragarri hemen: <http://www.who.int/gpsc/en/>.
30. Alvarez-Lerma F, Palomar M, Olaechea P *et al.* Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Unidades de Cuidados Intensivos. Informe evolutivos de los años 2003-2005. *Med Intensiva*. 2007;31(1):6-17.
31. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, *et al.* An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006;355(26):2725-32.
32. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio. Madril. 2009.
33. Medikuntza Intentsibo eta Kritikoaren eta Unitate Koronarioen Espainiako Elkarte (SEMICYUC). Gaixotasun infekziosoetako lantaldea. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva. ENVIN-HELICS 2010.
34. Medikuntza Intentsibo eta Kritikoaren eta Unitate Koronarioen Espainiako Elkarte (SEMICYUC), Gaixotasun infekziosoetako lantaldea. Eskuragarri hemen: <http://hws.vhebron.net/formacion-NZero/index.html>.
35. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Zero Pneumonia proiektua. Eskuragarri hemen: <http://www.seguridadelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos-/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero.html>.
36. Medikuntza Prebentibo, Osasun Publiko eta Higieneko Espainiako Elkarte. 2001. EPINE 2011 azterketa. Eskuragarri hemen: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>.
37. Osasunaren Mundu Erakundea “Alianza mundial para la Seguridad del Paciente: la cirugía segura salva vidas” 2007.
38. Padilla-Castillo M, Álvarez-León EE, Aranaz-Andrés JM, Jiménez-Bravo de Laguna A eta García-Hernández JA. Efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en ginecología y obstetricia: una revisión crítica. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(2):90-9.

39. EUROPERISTAT. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 2013ko maiatza. Eskuragarri hemen: www.europeristat.com.
40. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2008.
41. Osasun eta Gizarte Politikarako Ministerioa. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010.
42. Osasun eta Gizarte Segurantzako Ministerioa. 1978ko urriaren 24ko agindua, Haurdunaren Osasun Kartilla ezartzen duena. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 263 zk., 1978ko azaroaren 3koa, 25176 orrialdea.
43. 1989ko uztailaren 18ko 175/1989 DEKRETUA, Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuko paziente eta erabiltzaileen Eskubide eta Betebeharren Gutuna onartzen duena. 3. artikulua- EMAKUMEAREN ESKUBIDE ESPEZIFIKOAK, OSAKIDETZAKO GAIXO ETA ERABILTZAILE BEZALA.
44. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. La seguridad del paciente en siete pasos. Pazientearen segurtasunerako agentzia nazionala. Erresuma Batuko osasun-sistema nazionala. Osasun-sistema nazionalaren kalitate-agentzia. 2005.
45. Osasun eta Gizarte Politikarako Ministerioa. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y eventos adversos. 2005
46. Osasun eta Gizarte Politikarako Ministerioa. Establecimiento de un sistema Nacional de Notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales : primer informe 2007
47. Osasun eta Gizarte Politikarako Ministerioa. Establecimiento de un sistema Nacional de Notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales : segundo informe 2008
48. Osasun eta Gizarte Politikarako Ministerioa. Establecimiento de un sistema Nacional de Notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales: segundo informe 2009.
49. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasun-teknologiaren ebaluazioa, Osteba. Pazientearen segurtasunerako asistentzia prozesuen kudeaketan barne hartuak izan daitezkeen tresnen garapena eta ebaluazioa. 2007.
50. Europako Batzordea Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen. Ingurumeneko Zuzendaritza Nagusia. 2000.
51. Frush DP, Donnelly LF, Rosen NS. Computed Tomography and Radiation Risks: What Pediatric Health Care Providers Should Know. Pediatrics. 2003; 112 (4): 951-957.

52. Osakidetza. Pediatría erradiazio ionizatzaileen erabilera optimizatzeko proiektua. Gasteiz. 2012.
53. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Garrido Corroa B, Domínguez Gil A, Sánchez-Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Bartz)*. 2006; 126(3):817.
54. Campino Villegas A, Floristán Imízcoz C. coordinadoras. Seguridad del Paciente, estrategias para el uso seguro del medicamento. Astellas Pharma Ed. Madrid. 2012.
55. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Evaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales Públicos del País Vasco. Madrid, 2008.
56. Osakidetza. 10.000 kontrako gertaera gutxitzeko kanpaina. Kalitate Zuzendariordetza. Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza. 2010. Hemen eskuratu daiteke: http://www.osakidetza.net/ficherosFTP/CALIDAD/CALIDAD/10000eventosadversos-/Reduccion_10.000_Eventos_Adversos.pdf.
57. Osakidetza. PUak prebenitzeko eta zaintzeko protokoloa 2006. Gasteiz: Osakidetza - Osasun Saila; 2008.
58. Sullivan N. Preventing In-Facility Pressure Ulcers. In: Agency for Healthcare Research and Quality. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Rockville MD: AHRQ; 2013. 212-232.
59. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Verdú J. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos [online]*. 2011; 22 (2): 77-90.
60. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú J, San Miguel L, Mayán JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos [online]*. 2007; 18 (4): 43-52.
61. Osakidetza. Ospitaleko arretan erortzeko arriskua duten paziente helduentzako prebentzio-neurriak eta balioespen-protokoloa. Vitoria-Gasteiz. 2011.
62. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Preventing In-Facility Falls. In: Agency for Healthcare Research and Quality. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Rockville MD: AHRQ; 2013. 178-200.
63. Ganz DA, Huang C, Saliba D, et al. Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 13-0015-EF.

64. 2005eko irailaren 16ko 1088/2005 ERREGE DEKRETUA, zeinaren bidez hemodonaziorako eta transfusio-zentro eta -zerbitzuen beharkizun teknikoak eta baldintza minimoak ezartzen baitira.
65. 2007ko otsailaren 9ko SCO/322/2007 AGINDUA, odolaren eta odol-osagaien erreakzio eta ondorio okerren trazabilitate- eta jakinarazpen-baldintzak ezartzen dituena.
66. 2007ko urriaren 11ko 1343/2007 ERREGE DEKRETUA, zeinaren bidez transfusio-zentro eta -zerbitzuen kalitate-sistemari buruzko arauak eta eskakizunak ezartzen baitira.
67. 2006ko azaroaren 10eko 1301/2006 ERREGE DEKRETUA, giza zelula eta ehunak emateko, eskuratzeko, ebaluatzeko, prozesatzeko, kontserbatzeko, gordetzeko eta banatzeko kalitate- eta segurtasun-arauak xedatzen dituena eta zelula eta ehun horiek pertsonetan erabiltzeko koordinazio- eta funtzionamendu-arauak onartzen dituena.
68. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Manual de uso óptimo de componentes sanguíneos. Por un uso seguro, eficiente y clínicamente eficaz de la sangre en Europa. Informes, estudios e investigación. 2011.
69. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Informe de Hemovigilancia año 2011. Hemozaintza Unitatea. Hemozaintza Arloa, 2012 ko abendua.
70. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert. Eskuragarri hemen: www.jcaho.org.
71. The Institute for Safe Medication Practices. The “five rights” Medication Safety Alert. ISMP Acute Care Edition. 1999 ko apirilaren 7a. Eskuragarri hemen: <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/19990407.asp>.
72. Osasunerako Mundu Erakundea, Washington 2007. Preámbulo a las soluciones para seguridad del paciente- Mayo de 2007. Eskuragarri hemen: <http://www.who.int/patientsafety-/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
73. Renner S, Howanitz P, Bachaner P. Wristband identification error reporting in 712 hospitals. Arch Pathol Lab Med 1993;117:573-577.
74. Martínez L, Gimeno V, Roser A et al. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. Rev Calidad Asistencial. 2008; 23(4): 158-63. Eskuragarri hemen: <http://www.calidadasistencial.es/>.
75. Protocolo de Identificación inequívoca de pacientes. Virgen Macarena Unibertsitate Ospitalea. Andaluziako Osasun Zerbitzua. Eskuragarri hemen: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/.content/descargas/protocolo_identificacion_paciente_macarena.pdf.

76. Albaceteko ospitale-multzoa. Protocolo de Identificación de pacientes. <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/95b881379d9c6adcb509d400ffe09cd7.pdf>.
77. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2013; 158: 397-403.
78. Mueller SK, Cunningham Sponsler K, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-Based Medication Reconciliation Practices. A Systematic Review. *Arch Intern Med*. 2012; 172(14): 1057-1069.
79. Osakidetza - Lehen Mailako Arreta Bilboko eskualdean. Paziente kroniko polimedikatua artatzeko proiektua BiE-Kronikoak. Bilbo, 2011. Eskuragarri hemen: <http://cbilbao.osakidetza.net/alCB/web/es/actividad/farmacia/kroni/index.jsp>.
80. Berger Z, Flickinger T, Dy S. 32 kapitulua. Promoting Engagement by Patients and Families To Reduce Adverse Events. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Rockville: AEBko Osasun eta Giza Zerbitzuen Saila, 2013 351-361.
81. Barach P, Bettinger J, Charpak Y, Delnoij D, Hafner V, Kutaj-Wasikowska H et al. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. 1. argit. OMEren Europako Erregio Bulegoaren argitalpenak. Kopenhage (Danimarka): Osasunaren Mundu Erakundearen Europako Erregio Bulegoa; 2013.
82. Health Research & Educational Trust, Chicago. Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections. 2013. Eskuragarri hemen: www.hpoe.org.
83. American College of Surgeons NSQIP. Best Practice Guidelines: Prevention of catheter-associated urinary tract infections. Chicago; 2009.
84. APIC. Guide to the Elimination of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs). Washington; 2008.
85. European Association of Urology Nurses. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation: Indwelling catheters in adults. EAUN. 2012.
86. European Association of Urology. Guía clínica sobre las infecciones urológicas. 2010.
87. NHS Quality Improvement Scotland. Urinary Catheterisation & Catheter Care. Edinburgh; 2004.

88. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Atlanta; 2009.
89. Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to Guide: Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Cambridge; 2011.
90. NICE Clinical Guideline 139: Prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care. Manchester; 2012.
91. Society of Urologic Nurses and Associates (SUNA). Clinical Practice Guidelines: Prevention & Control of Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). Pitman NJ; 2010.
92. Tasmania Infection Prevention & Control Unit. Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections: A guide for healthcare workers. Tasmania; 2010.
93. Sinclair L, Hagen S, Cross S. Washout Policies in Long-Term Indwelling Urinary Catheterization in Adults: A Short Version Cochrane Review. *Neurourology and Urodynamics*. 2011; 30: 1208-1212.
94. Drekonja DM, Kuskowski MA, Wilt TJ, Johnson JR. Antimicrobial urinary catheters: a systematic review. *Expert Review of Medical Devices*. 2008; 5(4): 495-506.
95. Johnson JR, Kuskowski MA, Wilt TJ. Systematic Review: Antimicrobial Urinary Catheters To Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Hospitalized Patients. *Ann Intern Med*. 2006; 144: 116-126.
96. Kerridge J, Chou T, Kulkarni M, Malow J. Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections Using Silver Impregnated Catheters: Does Silver Matter? *American Journal of Infection Control*. 2009; 5(37): E51-E52.
97. Niël-Weise BS, Arend SM, van de Broek PJ. Is there evidence for recommending silver-coated urinary catheters in guidelines? *Journal of Hospital Infection*. 2002; 52: 81-87.
98. Niël-Weise BS, van den Broek PJ, da Silva EMK, Silva LA. Urinary catheter policies for long-term bladder drainage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8.
99. Niël-Weise BS, van den Broek PJ. Antibiotic policies for short-term catheter bladder drainage in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3.
100. Uberoi V, Calixte N, Orlando R, Lerner L. A strategy to reduce foley days, post operative urinary retention, and catheter-associated urinary tract infections. *The Journal of Urology*. 2012; 4S (187): e111-e112.

101. Bernard MS, Hunter KF, Moore KN. A Review of Strategies to Decrease the Duration of Indwelling Urethral Catheters and Potentially Reduce the Incidence of Catheter-associated Urinary Tract Infections. *Urol Nurs*. 2012; 32(1): 29-37.
102. Cornia PB, Amory JK, Fraser S, Saint S, Lipsky BA. Computer-Based Order Entry Decreases Duration of Indwelling Urinary Catheterization in Hospitalized Patients. *The American Journal of Medicine*. 2003; 114: 404-406.
103. Blodgett TJ. Reminder Systems To Reduce the Duration of Indwelling Urinary Catheters: A Narrative Review. *Urol Nurs*. 2009; 29(5): 369-379.
104. Meddings J, Rogers MAM, Macy M, Saint S. Systematic Review and Meta-Analysis: Reminder Systems to Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections and Urinary Catheter Use in Hospitalized Patients. *Clinical Infectious Diseases*. 2010; 51(5): 550-560.
105. Burns AC, Petersen NJ, Garza A, Arya M, Patterson JE, Naik Ad et al. Accuracy of a urinary catheter surveillance protocol. *American Journal of Infection Control*. 2012; 40; 55-8.
106. Willson M, Wilde M, Webb ML, Thompson D, Parker D, Harwood J et al. Nursing interventions to reduce the risk of catheter-associated urinary tract infection: part 2: staff education, monitoring, and care techniques. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009; 36(2): 137-54.
107. Oman KS, Flynn Makic MB, Fink R, Schraeder N, Hullet T, Keech T et al. Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections. *American Journal of Infection Control*. 2011; xxx:1-6.
108. Lo E, Nicolle L, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H et al. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008; 29: S41-S50.
109. Stokowski LA. Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *Medscape*. 2009ko otsailaren 3a.
110. Gokula M, Smolen D, Gaspar PM, Hensley SJ, Benninghoff MC, Smith M. Designing a protocol to reduce catheter-associated urinary tract infections among hospitalized patients. *American Journal of Infection Control*. 2012; 40: 1002-4.
111. Loeb M, Hunt D, O'Halloran K, Carusone SC, Dafoe N, Walter SD. Stop Orders to Reduce Inappropriate Urinary Catheterization in Hospitalized Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(6): 816-20.
112. Winter M, Helms B, Harrington L, Luquire R, McVay T, Rhodes N. Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Part I. Avoid Catheter Use. *Journal for Healthcare Quality*. 2009; 6(31): 8-12.

113. Gorman D. Reducing the Incidence of Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Acute Care Setting Using Evidence-Based Guidelines. In: Dr. Peter Tenke. Urinary Tract Infections. 1. argitalpena. InTech; 2011. 134-152. Eskuragarri hemen: <http://www.intechopen.com/books/urinary-tract-infections/reducingthe-incidence-of-catheter-associated-urinary-tract-infections-in-the-acute-care-setting-using>.

Eranskina. Programaren
jarraipena eta
ebaluazioa: Adierazleak



I. ERANSKINA. PROGRAMAREN JARRAIPENA ETA EBALUAZIOA: ADIERAZLEAK

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
1. EL. OSASUN-ASISTENTZIAREKIN ERLAZIONATUTAKO INFEKZIOEN (OAEI) PREBENTZIOA ETA KONTROLA	
INOZ PLANA	
Paziente akutuen ospitaleak (infekzio nosokomiala)	
Zauri kirurgikoaren infekzioa, koloneko hautapenezko kirurgian	< % 25
Zauri kirurgikoaren infekzioa, aldakaren kirurgia protesikoan	< % 3
Zauri kirurgikoaren infekzioa, belanaren kirurgia protesikoan	< % 2
Infekzio nosokomialaren intzidentzia-azterketak egitea arrisku handiko unitateetan	BAI/EZ
Paziente akutuen ospitaleak (profilaxi antibiotikoaren egokitzapena)	
Agindua izan arren profilaxia jasotzen ez duten pazienteen ehunekoa	< % 5
Hasierako egokitzapenaren ehunekoa	> % 90
Iraupenaren egokitzapenaren ehunekoa	> % 90
Egonaldi ertain-luzeko ospitaleak (infekzio nosokomiala)	
INek arlo medikoan duen intzidentziari buruzko azterketak eta hobekuntza-ekintzak	Hobekuntza-plan baten azterketa eta aurkezpena
PVPCIN planaren eguneratzea	Planaren bertsio eguneratu bat izatea, hobekuntzak txertatuak dituenak
Eskuetako higieena	
Gelan alkohol-oinarriko prestakinak dituzten oheen ehunekoa	
Arreta-puntuan alkohol-oinarriko prestakinak dituzten ZIUko oheen ehunekoa	
Etxeko arretarako alkohol-oinarriko prestakinak poltsikorako moduko ontzietan dituzten Lehen Mailako Arretako zentroyen ehunekoa	
Trebakuntza-jarduerak egin dituzten ospitaleen ehunekoa	
Trebakuntza-jarduerak egin dituzten Lehen Mailako Arretako zentroyen ehunekoa	
Alkohol-oinarriko prestakinen kontsumoa ospitaleratzeetan	
Arreta-puntuan alkohol-oinarriko prestakinak dituzten oheen ehunekoa	
OMEren irizpideen araberako bost uneak (edo haietakoren bat) betetzen direla egiaztatu duten ospitaleen ehunekoa	
OMEren irizpideen araberako autoebaluazioa egin duten ospitaleen ehunekoa	
OMEren tresna erabiliz bost uneei buruzko trebakuntza-jarduerak egin dituzten ospitaleen ehunekoa	
ZERO PNEUMONIA PROIEKTUA	
ZIU duten zerbitzu-erakunde guztietan arnasketa mekanikoarekin lotutako pneumonien batez besteko tasa (2013)	< 4 kasu/1.000 arnasketa mekanikoko egun

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
2. EL: KIRURGIA SEGURUA	
Adierazle globalak	
Check-list ezarria duten zerbitzu-erakundeen kopurua	
Check-list kirurgikoaren betetze-ehuneko globala	
Erakundekako adierazleak	
Check-list ezarria duten zerbitzu-erakundeen kopurua	
Check-list kirurgikoaren betetze-ehuneko globala	
Zerbitzu-erakundeen kirurgia programatuan check-listaren ezarpena eta erabileraren ebaluazioaren ebidentzia	
Zerbitzu-erakundeen kirurgia urgentean check-listaren ezarpena eta erabileraren ebaluazioaren ebidentzia	
3. EL: HAURDUNALDIKO, ERDITZEKO ETA ERDITZE ONDOKO LAGUNTZA-PROZESUA	
PROZESUAREN HEDAPEN-MAILA	
Prozesuan parte hartzen duten pertsonak	
Emagin-kopurua	
Ginekologo-kopurua	
Beste profesional batzuen kop.	
Parte hartzen duten profesionalek kop. osoa	
Parte hartzen duten zerbitzu-erakundeak	
Lehen Mailako Arretako Zentroen kop.	
Ospitale-kopurua	
Zerbitzu-erakundeen kop. osoa	
ASISTENTZIA-PROZESUAREN BILAKAERA	
Haurdunaren txartel elektronikoa	
Erabiltzaile aktiboen kop.	
Irekitako txartelen kop. (jarraipena egiten zaien haurdunaldiak)	
Bertsio-kopurua	
Erditzearen kontrola eta kudeaketa egiteko aplikazioa	
Erabiltzaile aktiboen kop.	
Haurdunaldi erregistratuen kop.	
Bertsio-kopurua	
RFiD identifikazio-sarea	
RFiD aktibo duten zerbitzu-erakundeen kopurua	
KOMUNIKAZIOA	
Lantaldearen bilera-kop.	
Alde biko bileren kop. (taldea eta beste erakunde bat)	
IRAKASKUNTZA	
Emandako trebakuntza-saio kop.	
Trobatutako pertsona-kop.	
EZAGUTZA HEDATZEA: ZIENTZIA-EKOIZPENA	
Biltzar edo bilera zientifikoetan egindako komunikazio-kop.	
Argitalpen-kopurua	
4. EL: PAZIENTEAREN SEGURTASUNeko KONTUAK JAKINARAZTEKO ETA IKASTEKO SISTEMA	
ADIERAZLE ABSOLUTUAK	
Jasotako jakinarazpenen kop.	
Hobekuntza-ekintzak dituzten jakinarazpenen kop.	

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
ADIERAZLE ERLATIBOAK	
Sistema eraginkortasunez erabiltzen duten zerbitzuen/unitateen/LMAUen ehunekoa	
Pazienteak jaso ez zituen gertakarien jakinarazpenen ehunekoa	
Pazienteak jaso zituen gertakarien jakinarazpenen ehunekoa	
Gertakaria izan zen arlo edo zerbitzuko gertakarien ehunekoa	
Gertakaria eragiten lagundu duten faktoreen motaren araberako ehunekoa	
5. EL: ERRADIAZIO IONIZAGARRIA DARABILTEN DIAGNOSI-PROBEN PRESKRIPZIOAREN OPTIMIZAZIOA	
Trebakuntza-saio batean gutxienez parte hartu duten pediatren proportzioa	% 25 (2013) % 100 (2014)
6. EL: JARDUNBIDE EGOKIAK SENDAGAIK EMATEAN	
Arrisku handiko medikamentuak (intsulina, zain-barneko potasioa, zitostatikoak eta antikoagulatzaileak) ematean gerta daitezkeen erroreak prebenitzeko estrategiaren jardunbide bakoitza bere egin duten erakundeen proportzioa:	
Gutxienez 1 jardunbide bere egin duten erakundeak	% 100 (2013)
Gutxienez 2 jardunbide bere egin duten erakundeak	% 100 (2014)
Gutxienez 3 jardunbide bere egin duten erakundeak	% 100 (2015)
Arrisku handiko sendagaiak ematean gerta daitezkeen erroreak prebenitzeko jardunbideetako gai bakoitzean erakundeek duten betetze-maila	% 60 (2013) % 90 (2014) % 100 (2015)
7. EL: JARDUNBIDE EGOKIAK ERIZAINZAKO ZAINZA-LANETAN	
Programa kontratuaren ebaluazioan sartuta dauden adierazleak	
Presioak eragindako ultzeren prebalentziari buruz urteko azterketa egitea erakundeetan	erakundeen % 100
Urteko prebalentzia-azterketaren bidez antzeman eta Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortu ez diren ultzeren portzentajea	< % 5,00 (2013) < % 4,00 (2014) < % 2,00 (2015)
Paziente akutuen ospitaleetan eta ESletan, Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortuta eta ospitale barruan sortuta, II. mailatik gorako ultzerak dituzten pazienteen portzentajea, alta hartzean (kanpoan utzita pediatriako, psikiatriako, obstetriziako, egonaldi laburren unitateko, ambulatorioko kirurgia handiko eta ospitaleratu gabeko kirurgiaren unitateak)	< % 2,50 (2013) < % 2,20 (2014) < % 2,00 (2015)
Egonaldi ertaineko eta luzeko ospitaleetan, Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortu eta ospitale barruan sortutako II. mailatik gorako presio-ultzeren tasa, alta hartzean.	< % 2,00 (2013) < % 1,80 (2014) < % 1,60 (2015)
Akutuen ospitaleetan eta ESletan egon diren bitartean erorikoren bat izan duten pazienteen ehunekoa (pediatriako pazienteenak salbu), Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortua	< % 1,00 (2013) < % 0,90 (2014) < % 0,70 (2015)
Egonaldi ertaineko eta luzeko ospitaleetan, Zaineri/Osanaia programa informatikoaren bidez aitortu eta ospitale barruan izandako erorikoren tasa (egonaldiekiko)	< % 2,00 (2013) < % 1,90 (2014) < % 1,70 (2015)
Programa kontratuaren ebaluazioan sartuta ez dauden adierazleak	
Alta hartzeko unean ospitalez kanpoan jasandako presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa, hauena salbu: pediatriako paziente guztiak, psikiatriakoak, obstetriziakoak, egonaldi laburreko unitatekoak, kirurgia handi ambulatoriokoak eta ospitaleratze gabeko kirurgia-unitatekoak	< % 1,75 (2013) < % 1,65 (2014) < % 1,50 (2015)

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Alta hartzeko unean ospitale barruan jasandako presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa, hauena salbu: pediatriako paziente guztiak, psikiatriakoak, obstetriziakoak, egonaldi laburreko unitatekoak, kirurgia handi anbulatoriokoak eta ospitaleratze gabeko kirurgia-unitatekoak	< % 1,70 (2013) < % 1,50 (2014) < % 1,30 (2015)
Alta hartzeko unean ospitalez kanpo edo barruan jasandako presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa, hauena salbu: pediatriako paziente guztiak, psikiatriakoak, obstetriziakoak, egonaldi laburreko unitatekoak, kirurgia handi anbulatoriokoak eta ospitaleratze gabeko kirurgia-unitatekoak	< % 3,40 (2013) < % 3,20 (2014) < % 3,00 (2015)
Egonaldi ertaineko eta luzeko ospitaleetan, ospitale barruan jasandako presio-ultzerak dituzten pazienteen intzidentzia-tasa (egonaldiekiko). 2013ko helburua	< ‰ 1,40 (2013) < ‰ 1,20 (2014) < ‰ 1,00 (2015)
8. EL: TRANSFUSIOEN SEGURTASUNA: ODOL-OSAGAIEN ETA EHUNEN EMAILEAK ETA HARTZAILEAK	
Erreakzio kaltegarrien kopurua:	
Alergiak	
Sukarra	
TRALI	
Hemolitikoak	
Aloimmunizazioa	
Ostalariaren aurkako mentu-erreakzioa	
Transfusio-purpura	
Bakterio-infekzioa	
Birus-infekzioa	
Parasito-infekzioa	
Birika kardiogenikoko edema	
Hemosiderosia	
1a gorabeheren kopurua	
Erreakzio kaltegarrien ehunekoa	
Transfusioan erabilitako unitate-kopurua:	
Hematieak	
Plaketak	
Plasma	
8. EL: PAZIENTEAREN SEGURTASUNAREN GAINKO TREBAKUNTZA	
Zerbitzu-erakunde bakoitzean pazientearen segurtasunari buruzko onlineko trebakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak zein ez-sanitarioak)	% 8 (2013) % 15 (2014) % 25 (2015)
Zerbitzu-erakunde bakoitzean eskuetako higieneari buruzko onlineko trebakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak zein ez-sanitarioak)	% 8 (2013) % 15 (2014) % 25 (2015)
10. EL: PAZIENTEA OKERRIK EGIN GABE IDENTIFIKATZEA OSAKIDETZAN	
Urtero neurtu beharreko adierazleak	
Pazientea fisikoki identifikatzeko sistema bat ezarrita daukaten ospitale-erakundeen proportzioa	% 100
Pazienteen altak eta aldaketak kudeatzeko protokolo korporatiboak eta ISO prozesua hedatu dituzten erakundeen proportzioa	% 100
Osasun-sistemarekiko harremanetan pazienteak identifikatzeko	% 100

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
jardunbide egokien gidaliburua hedatu eta aplikatu duten erakundeen proportzioa	
Lau hilean behin neurtu beharreko adierazleak	
Erakunde bakoitzean pazientea fisikoki identifikatzeko sistema bat ezarrita daukaten zerbitzuen proportzioa	% 100
Erakundeetan eta zerbitzuan zuzen identifikatutako pazienteen proportzioa	% 100
11. EL: MEDIKAZIOA BATERATZEA	
Urtero neurtu beharreko adierazleak	
Pazientea asistentzia-eremu batetik bestera pasatzen denean medikazioa bateratzeko erabiltzen den programa berrikusita eta eguneratuta dagoen ala ez	Eskuragarri 2014/01/01ean
Pazientea asistentzia-eremu batetik bestera pasatzen denean medikazioa bateratzeko erabiltzen den protokoloa hedatu eta aplikatu duten ESlen eta lehen mailako arretako erakundeen proportzioa	% 100 2014/12/31n
SUPRE erabiltzeko jardunbide egokien dekalogorik dagoen ala ez	Eskuragarri 2014/12/31n
SUPRE erabiltzeko jardunbide egokien dekalogoia hedatu eta aplikatu duten EISen eta lehen mailako arretako erakundeen proportzioa	% 100 2014/12/31n
12. EL: PAZIENTEAK OSASUN-ARRETAREN SEGURTASUNEAN DUEN INPLIKAZIOA	
2013ko amaieran	
Hiritarrak sentsibilizatzeko kanpaina hedatzea	Egina
Arlo desberdinetarako informazio-liburuxkak prestatzea	Egina
Hiritarrek segurtasunaren gorabeheren berri eman dezaten inprimakia prestatzea	Egina
2014ko amaieran	
Informazio-liburuxkak hedatu dituzten erakundeen %	% 100
Hiritarrentzat irekitako plataformetan segurtasunaren kultura integratzea	Egina
Segurtasunaren gorabeherak jakinarazteko inprimakia hedatu duten erakundeen %	% 100
PEAZ zerbitzuen bidez inprimakia zabaltu duten erakundeen %	% 100
Gorabeheren jakinarazpena web-gunean gaitzea	Egina
2015eko amaieran	
Hiritarrek jakinarazpenak egiten parte hartu duten erakundeen kopurua	
Jakinarazitako segurtasun-gorabeheren kopurua (ia gorabeherak / kalterik gabeko gorabeherak / kaltea eragin duten gorabeherak)	
Segurtasunaren erreferente direnek jakinarazitako gorabeherak / Kexen eta erreklamazioen bidez jasotakoak (%)	% 80
13. EL: GERNU-KATETERRARI LOTUTAKO GERNU-TRAKTUKO INFEKZIOAK (GTI) GUTXITZEA	
Urtero neurtu beharreko adierazleak	
Informazioa emateko eta mailakako trebakuntzako saioretan parte hartu duten asistentziako profesionalen ehunekoa (medikuak, erizainak, laguntzaileak eta zelariak)	% 90
Gernu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteen gernu-infekzioaren prebalentzia	% 25eko murrizketa
Lau hilean behin neurtu beharreko adierazleak	

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Ebakuntza kirurgikoa egitetik 24-48 ordura zunda kentzen zaien paziente kirurgikoen proportzioa	% 85
Erizainek kentze automatikoaren protokoloari jarraikiz kendutako zunden proportzioa	% 15
Infekzioa dela-eta kentzen diren gernu-zunden proportzioa	% 50eko murrizketa
Maskuri-zunden erabilera-tasa	% 35eko murrizketa