ERIZAINTZAKO GAITASUN AURRERATUAK

Osakidetza

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

Argitaratua: *2012ko azaroaren 1an.*
Argitaraldia: *600 ale.*
© *Osakidetza.*
Internet: *www.osakidetza.euskadi.net*
E-maila: *coordinacion@osakidetza.net*
Argitaratzailea: *Osakidetza*
Araba kalea 45
01006 Vitoria-Gasteiz
ISBN: *978 - 84 - 939913 - 4 - 0*
PSP: *6€ (BEZ barne).*

AURKIBIDEA

0. AURKEZPENA 7

1. SARRERA 13

1.1. Lan-metodologia 16

1.2. Lan-ekipoak 16

1.3. Aldez aurreko zereginak 18

2. HELBURUA 21

3. PILOTUAK PLANIFIKATZEA 25

3.1 1. Pilotua planifikatzea - Bidasoako ESI 27

3.2 2. Pilotua planifikatzea - Donostia U. O. - Ekialdeko Eskualdea 28

3.3 3. Pilotua planifikatzea - Gurutzetako U. O. - Uribe Eskualdea 29

3.4 4. Pilotua planifikatzea - Santa Marina O. - Bilbo Eskualdea 31

3.5 5. Pilotua planifikatzea - San Eloy O. - Ezkerraldea-Enkarterri Eskualdea 32

3.6 6. Pilotua planifikatzea - Arabako U. O. - Arabako Eskualdea 33

3.7 7. Pilotua planifikatzea - Zumarragako O. - Mendebaldeko Eskualdea 34

3.8 8. Pilotua planifikatzea - Asunción Klinika - Mendebaldeko Eskualdea 35

3.9 Pazienteak sartzea 36

4. PILOTUEN JARRAIPENA ETA BESTE PROIEKTU ESTRATEGIKO BATZUEKIKO SINERGIAK 37

5. EMAITZAK ETA EBALUAZIOA 41

6. INDARGUNEAK ETA HOBEKUNTZA-ARLOAK 61

7. IKASKUNTZA ETA GOMENDIOAK 67

8. TERMINO-GLOSARIOA 75

9. ERANSKINAK 79

AURKEZPENA

Hemen aurkezten dugun **"ERIZAINTZAKO GAITASUN AURRERATUEI BURUZKO"** *dokumentu honek azaltzen ditu Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategiaren zortzigarren proiektuaren emaitzak, nola egin zaion aurre proiektuari eta nola jarri den abian.*

Helburua da ***"praktikan erizaintzako eginkizun berriak garatzea eta hedatzea, kronikotasunaren atentziora bideratuta"*** *ARRETAREN JARRAIPENAren ildotik, eta* ***"Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategiaren"*** *esparruaren barruan.*

Proiektua aurrera eramateko lan-taldeetan oinarritutako metodologia erabili dugu, horrela, diziplina askotako profesionalek hartu ahal izan dute parte, eta horrenbestez, proiektuaren aipatu fasean inplikatuta dauden hainbat agente ordezkatu ahal izan dituzte, azpimarragarriak dira, besteak beste: Lehen mailako arretako erizainak (LMA) eta arreta espezializatuko erizainak (AE), EAEko Leioa, Donostia eta Vitoria-Gasteizeko erizaintzako hiru eskolatako irakaskuntzako erizainak, EAEko erizaintzako profesionalen elkargoetako ordezkariak, gerentziak, LMAko eta AEko mediku- eta erizaintza- Zuzendaritzak, Osakidetzako erizaintzako erdi-mailako arduradunak, Osakidetzako asistentzia sanitarioko Zuzendaritzako erizainak, eta (O+berri) Osasun Berrikuntzarako Euskal Erakundeko profesionalak.

Proiektua garatzeko zenbait fase egin dira: benchmarking - fasea, definizioaren eta egoera-proposamenaren fasea, pilotajeen planifikazio- eta gauzatze-fasea, eta Osakidetzako erakunde sanitarioetan egindako zortzi pilotajeen emaitzen ebaluazioa egindakoan figura berriak hedatu diren fasea.

Erizainen eginkizun berri hauen definizioak abian jarri ditu paziente kroniko eta konplexuen arretaren jarraipena egiteko hiru erizain kudeatzaileren figurak: Ospitaleko Loturako Erizain Kudeatzailea (OLEK), Jarraipeneko Erizain Kudeatzailea (JEK) eta Gaitasun Aurreratuen Erizain kudeatzailea (GAKE).

Dokumentu batek osatzen du edizio hau, hau da, proiektuaren beraren azken txostena, hain zuzen ere, eta baita hainbat eranskin dituen CD bat ere. Gure asmoa da, honen bidez, irakurleari alde batetik, burutu diren zortzi pilotajeen garapenaren eta emaitzen berri ematea, bestetik, fase desberdinetan egindako lanei buruzko eranskin batzuk ematea eta bukatzeko XIV. Eranskina dugu, bertan jasotzen dira Urduñako Jardunaldian bildutako ondorioak: hau da proiektuaren emaitzen aurkezpena eta Osakidetzako Zerbitzu Erakundeetan hedatuta dauden adibideen erakusketa.Jardunaldian, figura desberdinen gaineko gogoeta bat egin zen eta ondorioak aipaturiko eranskinean bilduta daude.

Euskal Osasun Zerbitzu osorako erizainen gaitasun- esparru berrien diseinu honekin erantzuna eman zaie osasun sistemaren premia berriei eta paziente kronikoen zainketaz eta arretaz arduratzen diren agenteen artean sinergiak identifikatzeko bidea eman digu.

Pilotajearekin hasi eta gero, hiru figuren bitartez (OLEK, JKE eta GAKE) erizainen gaitasun berriak hedatzearen ondorioz, honako hau ahalbidetu da:

- Asistentziaren kalitatea eta arlo soziosanitarioarekiko koordinaketa hobetzea, nahiz eta aukerarik badagoen oraindik hobekuntzarako.

- Paziente pluripatologiko eta konplexuentzat Urgentziazko ospitaleratze eta egonaldi -kopurua murriztea.

- Bai paziente konplexuengan bai zaintzaileengan arretaren inguruan gogobetetasuna hobetzea.

Honek esan nahi du, zainketei dagokienez berrikuntza beharrezkoa dela eta pilotajearen eta figura berriak hedatzearen ondorioz, praktika aurreratuko erizaintza garatu dadin sakondu egin behar dela. Bultzatu behar da kasuen erizain kudeatzailearen eginkizuna, dauden figuren bitartez, eta baita ere bere presentzia beharrezkoa den arlo asistentziak, osasun sistemaren gaur egungo eta etorkizuneko erronkei erantzuna eman ahal izateko.

Gure eskerrik beroena proiektuaren fase desberdinetan parte hartu duten profesional guztiei eta, bereziki, figura berri hauen pilotajea egin duten erizainei, egindako ekarpen ezin baliotsuengatik. Ekarpen horien bidez, lagundu digute hau bezalako proiektu batekin aurrera egiteko bidea diseinatzen, erizainek ezinbesteko papera jokatzen baitute paziente kronikoen jarraipenean orokorrean eta pluripatologikoen eta kroniko konplexuen jarraipenean bereziki.

Eskerrik asko.

Inmaculada Sánchez Martín
Osakidetzako
Erizaintzako Aholkularia

Eduardo Gárate Guisasola
Asistentzia Sanitarioko Zuzendaria
Osakidetza

PARTE HARTU DUTEN PERTSONAK

Koordinazioa eta lidergoa
Ruiz de Ocenda García, Mª Jesús
Sánchez Martín, Inmaculada

Proiektuaren logika-talde teknikoa
Abos Mendizabal, Galder
Artaza Aristondo, Naiara
Bikandi Irazabal , Javier
Ruiz de Ocenda García, Mª Jesús

Laguntza metodologikoko talde teknikoa
Chueca Ajuria, Ana
González Llinares , Rosa
Peña González , Mari Luz

Prestakuntzako taldea
Barandiarán Lasa, Maite
Basurto Hoyuelos, Salomé
Cidoncha Moreno, Mª Ángeles
Rodríguez Álvarez, Elena

Gaitasun berrien pilotajean jardun diren erizainak:
Abad García, Roberto
Aguirre Erro, Nieves
Alberdi Oyarzabal, Mª José
Alfambra Vicente, Silvia
Álvarez Lafuente, Elena
Arana Jauregui, Idoia
Arraz Lázaro, Concepción
Arroyo Fontaneda, Mª Soledad
Begiristain Igoa, Isabel
Belastegui Durañona, Ana
Bolinaga Carraqui, Antón
Cano Santa Coloma, Carlos
Córdoba Urquiza, Mª Sol
Díez Andrés, Amaia
Elorriaga Axpe, Antón

Esparza Liberal, Carmen
Gallo Estrada, Luis Ángel
García Arechavala, Amaya
González Macho, Charo
González Pomares, Pepa
Hernando Uzkudun, Amaia
Hormaza Marquina, Mª Mercedes
Iza Arnaiz, Irati
Jiménez Valero, Belén
Lasa Goñi, Miren
Latorre Cabada, Maite
Lázaro Arranz, Concepción
Lazcanotegui González, María Victoria
López Barruso, Cristina
Makazaga Garbizu, Izaskun
Martínez, Ana Belén
Moreno Herrero, Pilar
Ocio Aracama, Carolina
Porta Fernández, Ana
Pueyo Zubiria, Maitane
Ramos Rodríguez, Isabel
Rodríguez Rodríguez, Begoña
Sáenz Ganuza, Dori
San Martín García, Sonsoles
Sánchez Martín, Inmaculada
Sarduy Azcoaga, Iraide
Sopeña Tubilla, Maite
Tellechea Rodríguez, Olga
Urruzola Lizarribar, Arantxa

Beste lankide batzuk:
Agustín Aguirre, José
Agote Berganzo, José Antonio
Aramburu Beltrán, Milagros
Armendariz Tellitu, Aitzpea
Arcelay Salazar , Andoni
Arriaga Urien, Miren Edurne
Atxutegui Basagoiti, Gregorio
Atxutegi Amarika, Joseba
Barandiarán Lasa, Maite

Barrena Guijarro, Mª Eugenia
Barrena Sarachaga, Maite
Baylin Zaldua, Elena
Bilbao Markaida, Begoña
Berraondo Zabalegui, Iñaki
Berridi Puy, Kristine
Bustinduy Bascaran, Ana
Cidoncha Moreno, Marian
Dávila Juárez, Isabel
De Blas de Blas, Antonio
De la Torre García, Aurelio
De La Torre Muñoz, Luis
Del Valle Ortega, Mª Luz
Domingo Rico, Cristina
Fage, Yasmine
Fernández Fernández, David
Fernández Gutiérrez, Feli
Fernández Olmeda, Concepción
Galarraga Maeso, Lourdes
García Urbaneja, Marbella
González Lombide, Eduardo
Guajardo Remacha, Jon
Jauregui Garcia, Mª Luz
Jauregui Zelaia, Paquita
Ladrón De Guevara Portugal, José Manuel
Landaluce Lauzurica, José Ignacio
Llano Hernaiz, Josu
Lanzeta Vicente, Itziar
Larrañaga Garitano, Jesús
Larrazabal Bilbao, Ander
Loyola Iriondo, Rafael
Madrigal Parrado, José Ignacio
Marqués González, Mª Luz
Martínez Fernández, Olvido
Martínez Rodríguez, Rosa
Medina Sánchez, Isidro
Merino Hernández, Marisa
Millán Ortuondo, Eduardo
Muñoz Fernández, Jesús
Olaizola Mendibil, Alberto

Orueta Mendia, Juan Francisco
Parra Vinós, Hosanna
Pereira Rodríguez, Carlos
Pérez Irazusta, Itziar
Pilar Orive, Javier
Quesada Ramos, Cristina
Rabanal Retolaza, Santiago
Ramírez Samaniego, Mª Lourdes
Roca Castro, Raquel
Rodríguez Ramírez, Carmen
Romo Soler, Maribel
Sáez de Ormijana Hernández, Amaia
Salinas Sáez, Ane
Sánchez Bernal, Rafael
San Emeterio Martínez, Encarnación
Tapia Bello, Mª Ángeles
Ustarroz Ugalde, Juan Carlos
Yarritu Fernández, Carmen
Villar Colsa, Francisco
Vivanco Gómez, Lourdes
Zulueta Guridi, Carlos

SARRERA

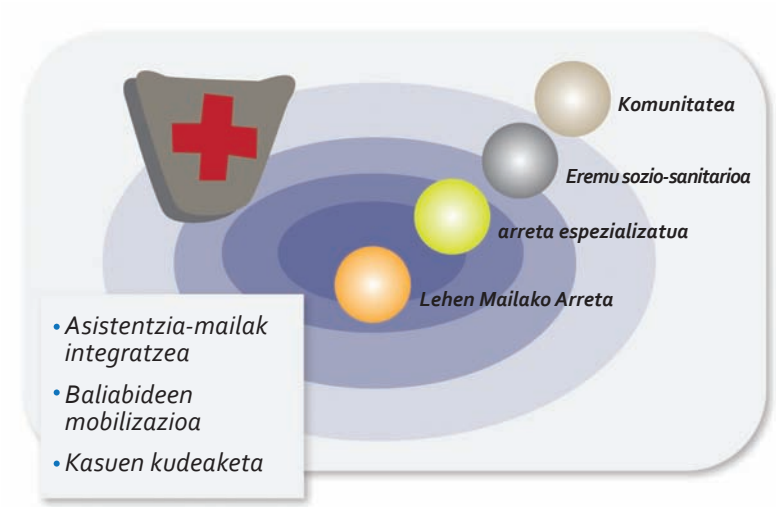
1. SARRERA

"Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko Estrategia"ren esparruan, 8. proiektua konfiguratu da: "Erizaintzako gaitasun aurreratuak zehaztea eta ezartzea". Helburua da paziente kronikoen beharrei ondoen egokitzen zaizkien erizaintza-rolak zehaztea eta ezartzea.

Estrategiak lantzen dituen beharrek proiektuaren erronka estrategikoak kokatzeko balio izan dute. Hauek dira erronkak:

- Erizaintzako gaitasun-esparru berriak diseinatzea Euskal Osasun Sistema guztiarentzat, eta, hartara, gaur egungo beharrei erantzutea.
- Sinergiak identifikatzea eta paziente kronikoen arretan eta zaintzan parte hartzen duten agenteak koordinatzea.

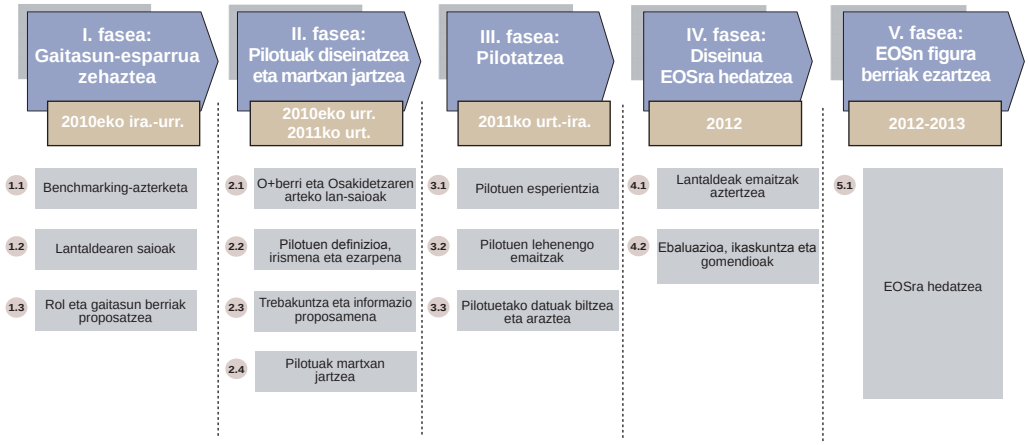
Jotzen da erizaintza, planteamendu funtzional batean, osasun-sistemaren kanpo- eta barne-lotura dela. Asistentzia-mailak integratzea, baliabideak mobilizatzea eta kasuak kudeatzea funtsezko alderdiak dira helburu hori lortzeko.



1. irudia: *erizaintza berriak duen egitekoaren ikuspegia.*

1.1. LAN-METODOLOGIA

Proiektua martxan jartzeko, bost faseko kronograma bat diseinatu zen; fase horiek argi bereizita zeuden, eta hasierako definiziotik ezarpenera bitarteko atal guztiak hartzen zituzten barnean.

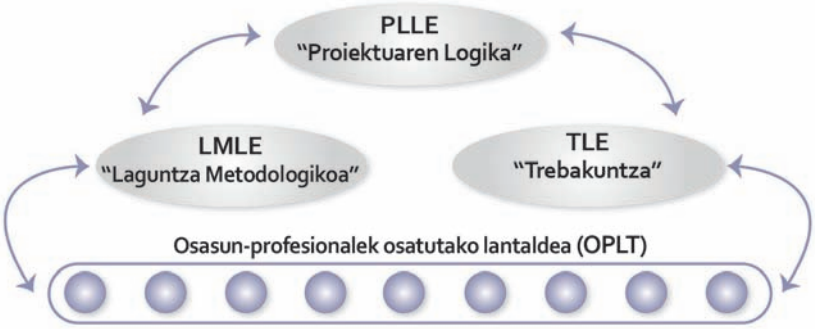


2.irudia: *proiektuaren faseen eskema.*

Proiektuaren fase nagusia hirugarrena da, eta barnean hartzen du Osakidetzako zerbitzu-erakundeetan erizaintzako rol berrien pilotatzea.

1.2. LAN-EKIPOAK

Hiru lan-ekipo eta lantalde bat osatu ziren:



3. irudia: *lan-ekipoak.*

- **PLLE (Proiektuaren Logikako Lan Ekipoa).** Hasieran María Jesús Ruiz de Ocenda proiektuaren arduradunak osatu zuen, eta, gero, Inmaculada Sánchez Martínek eta O+Berrik (Galder Abos, Javier Bikandi, eta, hasieran, Naiara Artaza).

  Egiteko hauek ditu:

  - Lan-proposamena eta ikuspegi metodologikoa lantzea.
  - Proiektu orokorraren lidergoa eta kudeaketa.
  - Gainerako lan-ekipoen lana koordinatzea eta gainbegiratzea.
  - Proiektua garatzean sortzen diren dokumentuak egitea eta/edo gainbegiratzea.

- **LMLE (Laguntza Metodologikoko Lan Ekipoa).** Hiru erizainek osatzen dute: Ana María Chueca (Galdakao-Usansolo Ospitaleko Kalitatearen Metodologiako Unitatea), Rosa González (Kronikotasunaren Estrategiaren Bulegoa) eta María Luz Peña (Osasun Laguntzako Zuzendariordetzako erizaina).

  Ekipo honen eginkizunak hauek dira:

  - Pilotuak diseinatzea, laguntzea, koordinatzea eta gainbegiratzea.
  - Pilotatzeak garatzeko behar den dokumentazioa prestatzea.

- **TLE (Trebakuntzako Lan Ekipoa).** María Ángeles Cidoncha Osakidetzako erizaintzako irakaskuntza- eta ikerketa-arduradunak eta EAEko erizaintza-eskola bakoitzeko (Leioa, Donostia eta Gasteiz) irakasle batek osatzen dute.

  - Funtzio nagusia da proiektuaren aurretik, hura egin bitartean eta ondoren laguntzea, koordinatzea eta gainbegiratzea.

- **Lantaldea:** Osakidetzako maila guztietako eta beste erakunde batzuetako profesionalek osatzen dute. Hauek izan ziren profilak:

  Lehen mailako arretako eta arreta espezializatuko erizainak, Kronikotasunaren Estrategiaren Bulegoa, lehen mailako arretako eta arreta espezializatuko gerentziak, medikuntzako eta erizaintzako asistentzia-zuzendariak, irakaskuntza- eta ikerketa-arduradunak, erizaintzako profesionalen elkargoen ordezkaria,

EFEKEZEren ordezkaria, Gasteizko eta Donostiako EUE-etako ordezkariak eta O+berriko profesionalak.

- Talde horren egitekoa zen garatu behar diren proposamenak jasotzen dituzten eta lan-dokumentuen sozializazioan oharrak baliozkotzen eta/edo egiten dituzten oinarrizko lan-dokumentuak egiten parte hartzea.

1.3. ALDEZ AURREKO ZEREGINAK

A. Estatuko eta nazioarteko Benchmarking-a

Pilotuak martxan jarri aurretik, kronikotasunaren asistentziari eta erizaintzako rolei buruzko jardunbiderik onenak bilatu behar izan ziren Espainian eta nazioartean. Horretarako, nazioarteari dagokionez, Kanadako, AEBetako, Erresuma Batuko eta Eskandinaviako herrialdeetako jardunbideak aztertu ziren. Espainiari dagokionez, beste autonomia-erkidego batzuetako jardunbideak aztertu ziren: Andaluzia, Aragoi, Katalunia, Kanariak, Madril eta Valentziakoak. Azterketa horietatik sortu zen dokumentua, "Benchmarking", txosten honi erantsitako CDetako II. eranskinean dago.

4. irudia: *"Benchmarking" dokumentua.*

B. Gaitasun-esparruaren definizioa

"Benchmarking" dokumentua lantaldeari helarazi zitzaion, estatuko eta nazioarteko esperientziak oinarri hartuta EAEko errealitateari egokitutako proposamenak egin zitzaten. Lana "Marco competencial ampliado" izenburuko txostenean jaso zen CDko III. eranskinean dago.

5. irudia: *"Marco competencial ampliado" dokumentua.*

Dokumentu horretan, lantaldeak ondorio orokorrak jaso zituen eta landu beharreko erizaintza-profil eta -roletarako lehenengo hurbilketa egin zuen.

Pilotatu beharreko profilak/rolak hiru hauek izan ziren:

6. irudia: *pilotatu beharreko figuren/rolen irudia.*

Figura bakoitzerako zehaztutako lan-fluxuak txosten honi erantsitako CDko IV. eranskinean daude.

HELBURUA

2. HELBURUA

Paziente kronikoen beharrei ondoen egokitzen zaizkien erizaintza-rolak zehaztea eta ezartzea.

Horretarako, 8 pilotu diseinatu dira, non pilotatu behar diren profilek/rolek elkarrekiko interakzioa baitute. 8 pilotuetako oinarrizko datuak hauek dira:

PILOTUA	ZERBITZU-ERAKUNDEA	PROFILA/ROLA	
1. PILOTUA	Bidasoako ESI	OLKE-JKE	
2. PILOTUA	Donostia U. O.	OLKE	
	Beraungo O. Z. (Gipuzkoako Ekialdeko E.)	JKE	
3. PILOTUA	Gurutzetako U. O.	OLKE	
	Uribe Eskualdea	GAKE	
4. PILOTUA	Santa Marina O.	OLKE	
	Bilbo Eskualdea	GAKE	
5. PILOTUA	San Eloy O.	OLKE (3 gainbegirale)	
	Ezkerraldea-Enkarterri Eskualdea	JKE	
6. PILOTUA	Arabako U. O. - Txagorritxu	OLKE	
	Arabako U. O. - Santiago	OLKE	
	Arabako Eskualdea	JKE	
7. PILOTUA	Zumarragako O.	OLKE	
	Gipuzkoako Mendebaldeko E. Goierriko LMAUak	GAKE	
8. PILOTUA	Asunción Klinica	OLKE (Ospitalizazio Unitateko Gainbegiralea)	
	Gipuzkoako Mendebaldeko E. Tolosaldeko LMAUak	JKE	

1. taula: *pilotu bakoitzeko pilotatu beharreko profilak.*

PLANGINTZA

3. PILOTUAK PLANIFIKATZEA

ZERBITZU-ERAKUNDEAK, PILOTATU BEHARREKO ROLAK ETA ERREFERENTZIAZKO BIZTANLERIA

3.1 1 . PILOTUA PLANIFIKATZEA- BIDASOAKO ESI

ZERBITZU-ERAKUNDEAK ETA PILOTATUTAKO ROLAK

Z. E.	PROFILA / ROLA	
Bidasoako Ospitalea	OLKE	
Hondarribiko Zentroa	JKE[1]	
Irungo Erdialdeko Zentroa	JKE[1]	
Dunboa Zentroa	JKE[1]	

2. taula: *pilotatu beharreko rolak.*

[1]Bidasoako ESI osasun-erakundeari dagozkion lehen mailako arretako zentroetako erizaintza-arduradunek hartu zuten bere gain JKEren rola/gaitasuna.

ERREFERENTZIAZKO BIZTANLERIA ETA BIZTANLERIA-EGITURA

O. S.	0 urtetik 14 urtera	15 urtetik 65 urtera	65 urtetik gorakoak	Guztira
Hondarribiko OS	2.383	11.482	3.069	**16.934**
Irungo Erdialdeko OZ	4.602	23.386	6.837	**34.825**
Dunboa OZ	4.134	21.593	5.201	**30.928**
BIZTANLERIA GUZTIRA	11.119	56.461	15.107	**82.687**

3. taula: *Bidasoako ESIko biztanleria orokorra.*

XEDE-BIZTANLERIA

OLKE/JKE

Sartzeko irizpideak	kanpoan uzteko irizpideak
• Azken urtean bi aldiz edo gehiagotan ospitaleratu izana. Patologia askoko pazientea izatea. Zehaztutako patologia-kategorietako bi betetzea (ikus I. eranskina). • Barthel -en indizea <20, 20-35 edo 40-55 izatea.	• Dialisi-prozesuan egotea. • Laguntzapeko egoitzetan egotea. • Parte hartzeari uko egitea. • 14 urtetik behera izatea.

4. taula: *1. pilotuan sartzeko irizpideak*

3.2 2. PILOTUA PLANIFIKATZEA - DONOSTIA U. O. - EKIALDEKO ESKUALDEA

ZERBITZU-ERAKUNDEAK ETA PILOTATUTAKO ROLAK

Z. E.	PROFILA / ROLA	
Donostia U. O.	OLKE	
Beraungo Zentroa (Ekialdeko Eskualdea)	JKE	

5. taula: *pilotatu beharreko rolak.*

ERREFERENTZIAZKO BIZTANLERIA ETA BIZTANLERIA-EGITURA

TORREKUAKO	<14	14 urtetik 64 urtera	>65	TOTAL	Z.E.
BERAUN-ERRENTERIA	1.834	10.825	3.200	**15.859**	Gipuzkoako Ekialdeko E.

6. taula: *Beraun-Errenteria Osasun Zentroko erreferentziazko biztanleria.*

XEDE-BIZTANLERIA

OLKE/JKE

Sartzeko irizpideak	Kanpoan uzteko irizpideak
• Ospitaleratze bat edo gehiago izatea BGKren eta/edo BGBKren eta/edo hepatopatien ondorioz. • Barthel ERTAINA izatea eta bakarrik bizitzea. • Barthel ERTAINA izatea eta etxean oztopo arkitektonikoak izatea. • Barthel LARRIA EDO ERABATEKOA izatea. • Bizitzaren azken fasean egotea, dementzia dela eta. • Bizitzaren azken fasean egotea, BGK eta/edo BGBK eta/edo hepatopatiak direla eta.	• Dialisi-prozesuan egotea. • 14 urtetik behera izatea. • Laguntzapeko egoitzetan egotea. • Parte hartzeari uko egitea.

7. taula: *2. pilotuan sartzeko irizpideak.*

3.3 3. PILOTUA PLANIFIKATZEA - GURUTZETAKO U. O. - URIBE EZKUALDEA

ZERBITZU-ERAKUNDEAK ETA PILOTATUTAKO ROLAK

Z. E.	PROFILA / ROLA	
Gurutzetako U. O.	OLKE	
Uribe Eskualdea	GAKE	

8. taula: *pilotatu beharreko rolak.*

ERREFERENTZIAZKO BIZTANLERIA ETA BIZTANLERIA-EGITURA

LMAU	<14	14 urtetik 64 urtera	>65	GUZTIRA	Z. E.
Alango	2.079	14.196	3.359	**19.634**	Uribe E.
Algorta	4.596	24.795	6.021	**35.412**	Uribe E.
Astrabudua	1.416	8.016	1.685	**11.117**	Uribe E.
Erandio	1.731	9.112	3.014	**13.857**	Uribe E.
Gorliz-Plentzia	1.669	7.652	1.906	**11.227**	Uribe E.
Areeta	3.958	25.324	8.045	**37.327**	Uribe E.
Leioa	3.463	17.398	3.017	**23.878**	Uribe E.
Mungia	3.892	17.441	4.050	**25.383**	Uribe E.
Sopela	3.674	16.213	3.087	**22.974**	Uribe E.
Txorierri	2.523	12.028	3.859	**18.410**	Uribe E.
GUZTIRA	29.001	152.175	38.043	**219.219**	**Uribe E.**

9. taula: *Uribe kosta Eskualdeko erreferentziazko biztanleria.*

XEDE-BIZTANLERIA

OLKE/GAKE

Sartzeko irizpideak	Kanpoan uzteko irizpideak
• Adin txikikoa edo 65 urtetik gorakoa izatea. • Azken urtean bi aldiz edo gehiagotan ospitaleratu izana. • Azken urtean bi aldiz edo gehiagotan larrialdietara joan izana. • Bihotz-gutxiegitasun kongestiboaren eta/edo BGBKren diagnostikoa izatea. • Parte hartzea onartzea.	• Laguntzapeko egoitzetan egotea. • Dialisi-prozesuan egotea. • Paziente onkologikoa izatea. • Egoera kliniko kritikoan egotea. • Gurutzeko Ospitalearen proiektuan sartuta egotea. • Parte hartzeari uko egitea.

10. taula: *3. pilotuan sartzeko irizpideak.*

3.4 4. PILOTUA PLANIFIKATZEA - STA. MARINA O. - BILBO ESKUALDEA

ZERBITZU-ERAKUNDEAK ETA PILOTATUTAKO ROLAK

Z. E.	PROFILA / ROLA	
Santa Marina O.	OLKE	
Bilbo Eskualdea	GAKE	

11. taula: *4. pilotuan pilotatu beharreko rolak.*

ERREFERENTZIAZKO BIZTANLERIA ETA BIZTANLERIA-EGITURA

LMAU	<14	14 urtetik 64 urtera	>65	GUZTIRA	Z. E.
Begoña	1.239	8.514	3.192	**12.945**	Bilboko E.
Karmelo	1.190	8.384	3.723	**13.297**	Bilboko E.
Otxarkoaga	1.727	8.455	2.472	**12.654**	Bilboko E.
Txurdinagako O.Z.	1.661	12.082	2.671	**16.414**	Bilboko E.
Zurbaran	1.046	7.345	3.440	**11.831**	Bilboko E.
GUZTIRA	6.863	44.780	15.498	**67.141**	**Bilboko E.**

12. taula: *4. pilotuko erreferentziazko biztanleria.*

XEDE-BIZTANLERIA

OLKE/GAKE

Sartzeko irizpideak	Kanpoan uzteko irizpideak
• Adin txikikoa edo 65 urtetik gorakoa izatea. • Ospitaleratuta nahiz ospitaleratu gabe egotea. • Bihotz-gutxiegitasun kongestiboaren edo BGBKren diagnostikoa edo haientzako medikamentu-errezetak izatea. • Hurrengo urtean ospitaleratzeko arriskuaren indizea > 0,6 izatea 65 urtetik gorako pertsonetan. • Hurrengo urtean ospitaleratzeko arriskuaren indizea > 0,8 izatea 65 urtetik beherako pertsonetan.	• Laguntzapeko egoitzetan egotea. • Dialisi-prozesuan egotea. • Paziente onkologikoa izatea. • Parte hartzeari uko egitea.

13. taula: *4. pilotuan sartzeko irizpideak.*

3.5 5. PILOTUA PLANIFIKATZEA - SAN ELOY O. - EZKERRALDEA ESKUALDEA

ZERBITZU-ERAKUNDEAK ETA PILOTATUTAKO ROLAK

Z. E.	PROFILA / ROLA	
San Eloy O.	OLKE[1]	
Ezkerraldea Eskualdea	JKE	

14. taula: *5. pilotuan pilotatu beharreko rolak.*

[1]San Eloy Ospitaleko osasun-erakundeari dagozkion ospitalizazio medikoko unitateetako erizaintza-gainbegiraleek hartu zuten bere gain OLKEren rola/gaitasuna.

ERREFERENTZIAZKO BIZTANLERIA ETA BIZTANLERIA-EGITURA

LMAU	<14	14 urtetik 64 urtera	>65	GUZTIRA	ZE
La Paz	2.462	15.341	4.278	**22.081**	Ezkerraldea
Lutxana	787	4.996	1.407	**7.190**	Ezkerraldea
San Vicente	2.645	13.304	4.899	**20.848**	Ezkerraldea
Urban	2	8.490	2.386	**10.878**	Ezkerraldea
Zaballa K.	2.140	5.350	1.923	**9.413**	Ezkerraldea
Zaballa O.Z.	1.639	9.103	3.118	**13.860**	Ezkerraldea
Zuazo	1.851	13.563	4.112	**19.526**	Ezkerraldea
GUZTIRA	11.526	70.147	22.123	**103.796**	**Ezkerraldea**

15. taula: *5. pilotuko erreferentziazko biztanleria.*

XEDE-BIZTANLERIA

OLKE/JKE

Sartzeko irizpideak	Kanpoan uzteko irizpideak
• Azken urtean behin edo gehiagotan ospitaleratu izana. • BGBKren eta/edo BGKren eta/edo hepatopatien diagnostikoa duen paziente kronikoa izatea. • Ospitalean alta hartzean bost medikamentu edo gehiago hartu behar izatea.	• Laguntzapeko egoitzetan egotea. • Dialisi-prozesuan egotea. • Paziente onkologikoa izatea. • Parte hartzeari uko egitea.

16. taula: *5. pilotuan sartzeko irizpideak.*

3.6 6. PILOTUA PLANIFIKATZEA - ARABA U. O. - ARABAKO ESKUALDEA

ZERBITZU-ERAKUNDEAK ETA PILOTATUTAKO ROLAK

Z. E.	PROFILA/ ROLA	
Txagorritxu O.	OLKE	
Santiago O.	OLKE	
Arabako Eskualdea	JKE	

17. taula: *pilotatu beharreko rolak.*

ERREFERENTZIAZKO BIZTANLERIA ETA BIZTANLERIA-EGITURA

LMAU	<14	14 urtetik 64 urtera	>65	GUZTIRA	Z. E.
Abetxuku	526	2.753	771	**4.050**	Araba
Gasteizko Alde Zaharra	1.775	14.474	4.131	**20.380**	Araba
Gazalbide - Txagorritxu	1.517	10.530	4.829	**16.876**	Araba
Lakua - Arriaga	2.625	11.858	1.043	**15.526**	Araba
Arabako Lautada	1.621	7.777	1.758	**11.156**	Araba
Olarizu	1.584	12.508	3.860	**17.952**	Araba
Sansomendi	2.304	11.868	1.491	**15.663**	Araba
Zaramaga	1.515	10.134	4.293	**15.942**	Araba
GUZTIRA	13.467	81.902	22.176	**117.545**	**Araba**

18. taula: *6. pilotuko erreferentziazko biztanleria.*

XEDE-BIZTANLERIA

OLKE/JKE

Sartzeko irizpideak	Kanpoan uzteko irizpideak
• 65 urte edo gehiago izatea. • Azken urtean bi aldiz edo gehiagotan ospitaleratu izana. • Bi kronikotasun-diagnostiko edo gehiago izatea zerbitzu hauetan: Barne Medikuntza, Pneumologia, Kardiologia, Neurologia, Digestio-sistema, Kirurgia Orokorra, Kirurgia baskularra eta Traumatologia.	• Zentro hauetan PROMIC profila izatea: Olagibel, Mendialdea, Lakuabizkarra, Habana, Aranbizkarra 1, Aranbizkarra 2 eta San Martin. • Dialisi-tratamenduan egotea. • Onkologia-zerbitzuan alta hartua izatea. • Laguntzapeko egoitzetan egotea. • Parte hartzeari uko egitea.

19. taula: *6. pilotuan sartzeko irizpideak.*

3.7 7. PILOTUA PLANIFIKATZEA - ZUMARRAGAKO O. - MENDEBALDEKO ESKUALDEA

ZERBITZU-ERAKUNDEAK ETA PILOTATUTAKO ROLAK

Z. E.	PROFILA / ROLA	
Zumarragako O.	OLKE	
Mendebaldeko LMAUak Gipuzkoako Mendebaldeko E.	GAKE	

20. taula: *7. pilotuan pilotatu beharreko rolak.*

ERREFERENTZIAZKO BIZTANLERIA ETA BIZTANLERIA-EGITURA

LMAU	<14	14 urtetik 64 urtera	>65	GUZTIRA	Z. E.
Beasain	3.265	14.530	3.908	**21.703**	Mendebaldea
Lazkao	1.219	5.421	1.683	**8.323**	Mendebaldea
Ordizia	1.892	8.678	2.482	**13.052**	Mendebaldea
GUZTIRA	6.376	28.629	8.073	**43.078**	**Mendebaldea**

21. taula: *7. pilotuko erreferentziazko biztanleria.*

XEDE-BIZTANLERIA

Pilotu honetan, "N"a lehendik zehaztuta zetorren (N=70), Zumarragako Ospitaleko saiakuntza klinikoko adar bat baitzen.

Saiakuntza kliniko horrek hiru adar zituen:

- 1. adarra. Ohiko arreta jasotzen duten pazienteen kontrol-taldea.
- 2. adarra. 1. esku-hartze Taldea (ohiko arretaren osagarria). OLKE eta barne-medikuntzako erreferentziazko mediku bat izaten ziren.
- 3. adarra. 2. esku-hartze Taldea (ohiko arretaren osagarria). GAKE, OLKE eta barne-medikuntzako erreferentziazko mediku bat izaten ziren.

Sartzeko irizpideak	Kanpoan uzteko irizpideak
• Azken urtean behin edo gehiagotan ospitaleratu izana. Patologia askoko paziente gisa sailkatua egotea (Ollero). Zehaztutako patologia-kategorietako bi betetzea (ikus I. eranskina).	• Dialisi-prozesuan egotea. • Laguntzapeko egoitzetan egotea

22. taula: *7. pilotuan sartzeko irizpideak.*

3.8 8. PILOTUA PLANIFIKATZEA - ASUNCIÓN KLINIKA - MENDEBALDEKO E.

ZERBITZU-ERAKUNDEAK ETA PILOTATUTAKO ROLAK

Z. E.	PROFILA / ROLA	
Asunción Klinika	OLKE	
Mendebaldeko LMAUak Gipuzkoako Mendebaldeko E.	JKE	

23. taula: *pilotatu beharreko rolak.*

ERREFERENTZIAZKO BIZTANLERIA ETA BIZTANLERIA-EGITURA

LMAU	<14	14 urtetik 64 urtera	>65	GUZTIRA	Z. E.
Andoain	2.019	10.293	3.012	**15.324**	Mendebaldea
Ibarra	1.082	5.415	1.444	**7.941**	Mendebaldea
Tolosa	2.634	12.868	3.931	**19.433**	Mendebaldea
Villabona	2.552	10.227	2.492	**15.271**	Mendebaldea
GUZTIRA	8.287	38.803	10.879	**57.969**	**Mendebaldea**

24. taula: *8. pilotuko erreferentziazko biztanleria.*

XEDE-BIZTANLERIA

OLKE/JKE

Sartzeko irizpideak	Kanpoan uzteko irizpideak
• Azken urtean behin edo gehiagotan ospitaleratu izana. • Patologia askoko paziente gisa sailkatua egotea (Ollero). Patologia-kategorietako bi betetzea (ikus I. eranskina).	• Dialisi-prozesuan egotea. • Laguntzapeko egoitzetan egotea.

25. taula: *8. pilotuan sartzeko irizpideak.*

3.9 PAZIENTEAK SARTZEA

Sartu behar ziren pazienteak identifikatu ondoren, proiektuaren berri ematen zitzaien eta pilotatzean parte hartzea onartzeko eskatzen zitzaien. Horretarako, pazienteari eta haren senitartekoei emateko informazio-orri batzuk sortu ziren. Ikus CDko XII. eranskina.

JARRAIPENA ETA BESTE PROIEKTU BATZUEKIKO SINERGIAK

4. PILOTUEN JARRAIPENA ETA BESTE PROIEKTU ESTRATEGIKO BATZUEKIKO SINERGIAK

Proiektua pixkanaka ezarri da, pilotua planifikatzeko eta zehazteko hasierako prozesutik abiatuta. Atal honetan, alderdirik aipagarrienak nabarmentzen dira, hala nola beste proiektu estrategiko batzuekin hautemandako sinergiak edo pilotua ezartzeko prozesuan eta haren garapenean hauteman diren eremu hobetu beharrekoak.

a) 1. proiektu estrategikoa: "biztanleria geruzatzea eta hautatzea".

Geruzatze-prozesuak emandako informazioa erabili da proiektuan —3. eta 4. pilotuetan batez ere— sartu behar den biztanleria bilatzeko, osasun-beharren arabera.

Bestalde, pazienteak lortu ondoren, 8 pilotuetan parte hartu duten pazienteen Arriskuaren eta Baliabideen Kontsumoaren Indize Prediktiboa (IP) jakiteko balio izan du biztanleria geruzatzeak.

Hala, aldaketak aurkitu dira figura bakoitzak artatutako pazienteen batez besteko IPan.

FIGURA	BATEZ BESTEKO IPa 2011n
JKE	8,845883563
GAKE	10,20571551

26. taula: *batez besteko IPa JKErentzat eta GAKErentzat.*

Hurrengo koadroetan, bi paziente-taldeen IP-maiztasunen tarteak erakusten dira, non ikusten baita maiztasunak handiagoak direla IParen balio altuenetan GAKE-en kasuan:

Pazienteen IPa JKE	Maiztasuna	%
IP=<5	72	11,67
IP=5 a 10	341	55,27
IP=11 a 15	170	27,55
IP=16 a 20	30	4,86
IP=>20	4	0,65
Guztira	**617**	100

Pazienteen IPa GAKE	Maiztasuna	%
IP=<5	21	11,86
IP=5 a 10	68	38,42
IP=11 a 15	66	37,29
IP=16 a 20	20	11,30
IP=>20	2	1,13
Guztira	**177**	100

27.taula: *IP-tarteak JKErentzat eta GAKErentzat.*

b) 11. proiektu estrategikoa: "O-sarean. Osasun -zerbitzuen zentro multikanala"

Proiektu horrekiko lankidetza 2010eko apirilean hasi zen, maila operatiboan. Harreman horren helburua zen paziente kronikoei urrunetik jarraipena egitea. Ostiraletan, 15:00etatik 20:00etara eta 8:00etatik 22:00etara. Larunbat eta jaiegunetan, figurak (OLKE, JKE) lanean ari ez direneko ordu-tartea betetzen da. lankidetza zortzi pilotuetatik bosten egin zen: 1, 2, 3, 4 eta 6.

O-sareanen zerbitzu-zorroa

O-sareanek egin beharreko zerbitzutzat bost ekintza ezarri ziren, pilotatze-garaian zuten funtzionamendu-ordutegiaren arabera:

1.- **Erosotasun-deiak.** Alta emandako paziente guztiei egin zitzaizkien. Ostiraletan 15:00etatik aurrera, eta asteburuetan. Ez zen formulario espezifikorik behar.

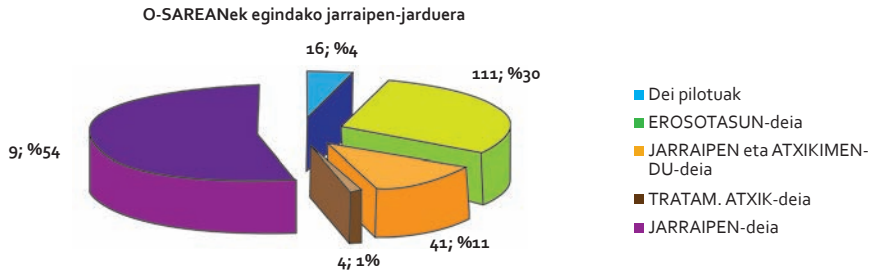
2.- **Jarraipen-deiak.** Segimendu jarraitua behar zuten eta ordutegia zela-eta zegokion figurak egin ezin zuen paziente guztiei egin zitzaizkien.

3.- **Tratamenduarekiko atxikipenari buruzko deiak.** Tratamendua betetzeko segimendua edo laguntza behar zuten eta ordutegia zela-eta zegokion figurak egin ezin zuen paziente guztiei egin zitzaizkien.

4.- **Tratamenduarekiko atxikipenari eta jarraipenari buruzko deiak.** Segimendu jarraitua eta tratamendua betetzeko laguntza behar zuten eta ordutegia zela-eta zegokion figurak egin ezin zuen paziente guztiei egin zitzaizkien.

5.- **Dei pilotuak.** Jarraipen-prozesuan dauden pazienteen etxeetatik O-sareanera egiten diren deiak bereizteko. Pazienteen eta/edo zaintzaileen eta/edo senitartekoen zalantzak argitzen dituzte.

Ondoren, modu grafikoan erakusten da O-sareanek proiektu honi laguntzeko gauzatzen duen jarduera:



1. grafikoa: *O-Sareanen jarraipena.*

O-Sareanek proiektuan egindako jarduerari buruzko xehetasun gehiago nahi izanez gero, ikus XI. eranskina CDan.

EMAITZAK ETA EBALUAZIOA

5. EMAITZAK ETA EBALUAZIOA

2011ko irailaren 30ean pilotuak amaitu ondoren —7. pilotua izan ezik, zeina, saiakuntza kliniko baten adarra izanik, 2011ko abenduaren 12an amaitu baitzen—, emaitzak aztertu dira. Datuen zati bat pilotuetako erizainen bidez lortu da. Beste zati bat, pilotu horietan parte hartu duten pazienteen IKKetatik abiatuta beste parametro batzuk ustiatzetik eta galdera-sortetatik: pazienteen, zaintzaileen eta profesionalen gogobetetze-inkestak eta bizi-kalitateari buruzko galdera-sortak.

Ondoren, esperientzia pilotuetako jardueraren **datu kuantitatibo nagusiak** zehaztten dira:

1. Parte hartu duen paziente-kopurua: **813**

   633, JKE-ek (% 77,8)

   180, GAKE-ek (% 22,2)

2. Proiektuan parte hartzea onartzearen ehunekoa: **% 85,17**
3. Artatutako pazienteen batez besteko adina: **77,03 urte** (gutxienez 30, eta ge hienez 99)
4. Programan pazienteek batez beste egindako denbora (GAKE-entzat): **32,70 egun**
5. GAKE-ek pazienteekin izandako kontaktu-kopurua: 958
6. GAKE-en kontaktuen batezbestekoa, pazienteko: 5,32
7. Hilkortasun-tasa, esperientziak iraun duen artean: **% 11,56**

   % 10,27, JEKek artatutako patologia askoko pazienteetan.

   % 16,11, GAKE-ek artatutako patologia askoko paziente konplexuetan.

8. LMAn jarraipen-erregistroa duten pazienteen ehunekoa: **% 88,07** (historia klinikoan erregistratua dagoena)

V. eranskinean daude adierazle guztiak eta haien xehetasunak figura eta pilotu bakoitzeko.

Era berean, pilotatutako rol bakoitzaren **eraginkortasuna** zenbatekoa den jakiteko, ezaugarri hau neurtu da:

a) Lehen mailako arretatik egindako jarrraipena

Proiektuaren hasieran, zehaztu zen pilotuetan zeuden paziente guztiei **"Erizain kudeatzailea"** atala irekiko zitzaiela Osabide LMAko historia klinikoan, bi helburu nagusi betetzeko: batetik, familia-medikuari eta erreferentziazko erizainari

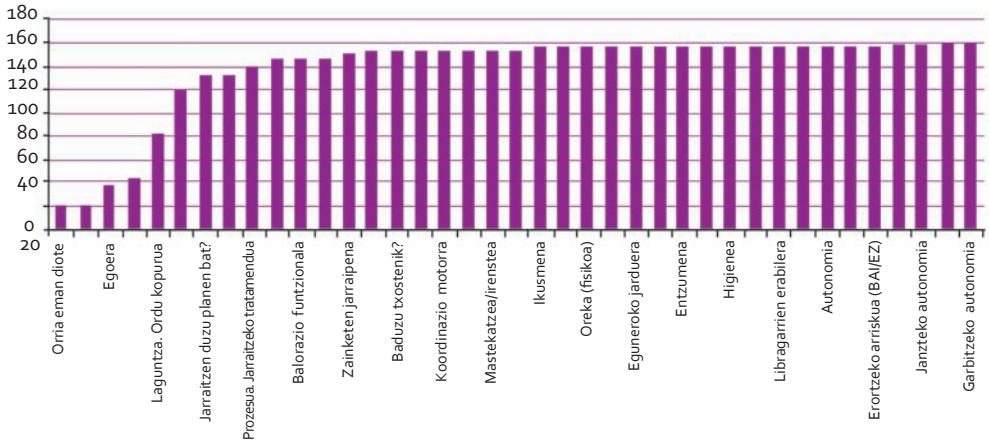
informazioa ematea, eta, hala, pazientea pilotuan dagoela jakin ahal izatea. Eta, bestetik, pazientearen jarraipen klinikoa egitea, pilotu guztientzat adostutako formulario bat erabiliz, jarduerari buruzko informazioa homogeneizatzeko.

Formularioak Pazienteen Oinarrizko Datu batzuk ditu (POD), zeinak pazienteen jarraipena egiteko hautatuak izan baitira.

LMAn bi figurek artatutako pazienteen segimendua desberdin egin du figura bakoitzak. GAKEren kasuan, zuzenean pazientearekin jarduten denez, jarraipena erizainek berek egin dute. JKEren kasuan, etxeko zuzeneko arreta haren funtzioa ez denez, jarraipena LMAko taldeak (medikuak edo erizainak) egin zuen.

GAKE profila:

LMAko jarraipenerako, egindako bisiten bidez eta GAKE-ek etxean jarraipena egindako egun-kopuruaren bidez neurtzeaz gainera, egindako eta pazienteen historia klinikoan erregistratutako POD-kopurua aztertu da. Datuak Osabide LMAtik lortu dira. Ondorengo bi grafiko hauetan adierazita daude datuak. Lehenengo grafikoan, 19tik 16ora bitarteko maiztasuneko PODak daude, pazienteen arabera. Bigarrenean, 167tik 1117ra bitarteko maiztasuneko PODak daude. Pazienteetan figura bakoitzak egiten duen asistentzia-jardueraren adierazle dira datu horiek.



2. grafikoa: *PODen jasotze-maiztasuna: 19-16o.*

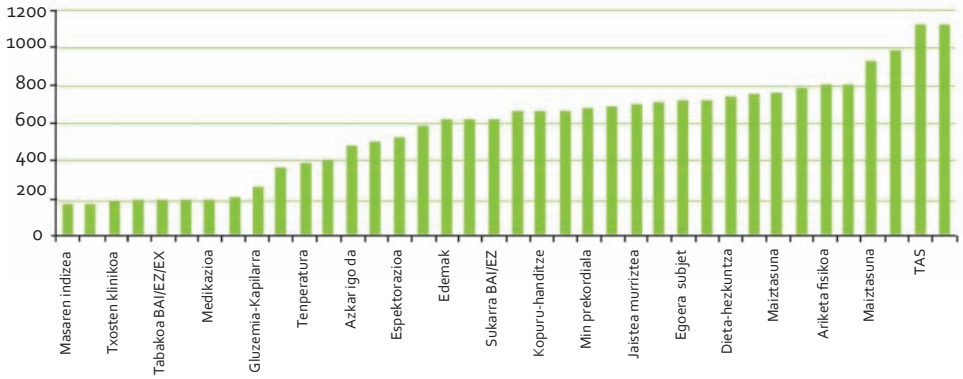


Gráfico 3. grafikoa: *PODen jasotze-maiztasuna: 167-1117.*

GAKE figura:

LMAko jarraipenean, historia klinikoan jasotako erregistroan, GAKEren eskuhartze taldeko (pilotuak: 3, 4 eta 7) 180 pazienteetatik 161en, 27.060 POD zenbatu dira (paziente bakoitzeko, batez beste, 168,07).

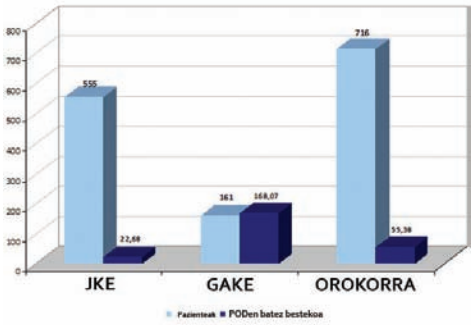
JKE figura:

LMAko jarraipenean, historia klinikoan jasotako erregistroan, JKEren eskuhartze taldeko (pilotuak: 1, 2, 5, 6 eta 8) 633 pazienteetatik 555en, 12.589 POD zenbatu dira (paziente bakoitzeko, batez beste, 22,68).

Pazienteen jarraipen orokorra:

Historia klinikoko erregistroan jasotako jarraipenei dagokienez, proiektuan sartutako 813 pazienteetatik 716ri egin zaie, eta egindako PODen batezbestekoa 55,38 da.

Hurrengo barra-grafikoan, lehen mailako arretan segimendua egin duten bi figuren PODen arteko aldea ikusten da. Figura bakoitzak pazienteei eskaintzen dien denboraren aldea erakusten digu datu horrek.



4. grafikoa: *PODak, figura bakoitzaren arabera.*

b) Paziente bakoitzaren berrospitaleratze-tasa esku-hartzearen aurretik eta ondoren

Aurkeztu diren emaitzetan **tasak** erabili dira, hori baita egokiena jarraipen-aldi bateko gertakari-kopuru jakin bat alderatu nahi denean. (Jarraipen-aldiko gertakari-kopurua 1000 egunean, pazienteko).

OSPITALERATZE GUZTIEN TASA

	OSPITALERATZE GUZTIEN TASA EGUNEKO, 1.000 PAZIENTEKO				
	Esku hartu osteko tasa	Esku hartu aurreko tasa	TASA-desberdintasunak	%95eko KT	P
Pilotu guztiak	6,3	6,7	-0,4	(-0,9 a 0,1)	0,15
GAKEren pilotuak	6,4	6,9	-0,5	(-1,0 a 0,1)	0,11
JKEren pilotuak	6	6,2	-0,12	(-1,2 a 0,9)	0,82
1. pilotua	7,2	8,4	-1,3	(-2,7 a 0,2)	0,9
2. pilotua	6,9	6,1	0,83	(-0,9 a 2,6)	0,35
3. pilotua	7	7,1	-0,1	(-2,1 a 1,9)	0,92
4. pilotua	6,7	7,4	-0,7	(-2,7 a 1,2)	0,47
5. pilotua	5,2	5,3	-0,1	(-1,1 a 0,9)	0,85
6. pilotua	**8**	**9,8**	**-1,8**	**(-2,9 a 0,7)**	**0,003**
7. pilotua	4,2	4,8	-0,5	(-2,1 a 1)	0,51
8. pilotua	**1,5**	**0,3**	**1,2**	**(0,4 a 2)**	**0,0001**

28. taula: *ospitaleratze* **guztien** *tasa.*

Lortutako emaitzetatik, esku hartzearen **aldeko** garrantzi estatistikoa duen bakarra 6. pilotuarena da.

6. pilotua: esku hartu aurretik, egunean 9,8 ospitaleratze izaten ziren 1.000 pazienteko. Esku hartu ondoren, ordea, ospitaleratze-tasak egunean 1.000 pazienteko 8 ospitaleratzera jaitsi dira. Horrek esan nahi du egunean 1.000 pazienteko 1,8 ospitaleratze gutxiago izatea lortu dela esku-hartzeari esker. % 95eko konfiantza-tartearekin, esan daiteke esku hartzeak eguneko 0,7-2,9 jaits dezakeela ospitaleratze-kopurua 1.000 pazienteko.

Hala ere, esku hartzearen **kontrako** emaitza bat ere —garrantzi estatistikoa duena— bada, 8. pilotuaren emaitzak hain zuzen.

8. pilotua: esku hartu aurretik, egunean 0,3 ospitaleratze izaten ziren 1.000 pazienteko. Esku hartu ondoren, ordea, ospitaleratze-tasak egunean 1.000 pazienteko 1,5 ospitaleratzera igo dira. Horrek esan nahi du egunean 1.000 pazienteko 1,8 ospitaleratze gehiago izatea ekarri duela esku-hartzeak. % 95eko konfiantza-tartearekin, esan daiteke esku hartzeak eguneko 0,4-2 igo dezakeela ospitaleratze-kopurua 1.000 pazienteko.

Proiektuaren mugak (lehen adierazi ditugu) kontuan hartuta, ez dago argudiorik pentsatzeko gisa honetan esku hartzeak proiektuan sartutako paziente-mota horien ospitaleratzeak gutxiagotu ditzakeela.

LARRIALDIKO OSPITALERATZEEN TASA

	LARRIALDIKO OSPITALERATZEEN TASA EGUNEKO, 1.000 PAZIENTEKO				
	Esku hartu osteko tasa	Esku hartu aurreko tasa	TASA-desberdintasunak	%95eko KT	P
Pilotu guztiak	**5,2**	**5,9**	**-0,7**	**(-1,2 a -0,2)**	**0,003**
GAKEren pilotuak	**5,3**	**6**	**-0,7**	**(-1,2 a -0,2)**	**0,006**
JKEren pilotuak	5	5,6	-0,6	(-1,6 a 0,4)	0,23
1. pilotua	**5,9**	**8**	**-2,1**	**(-3,4 a -0,8)**	**0,003**
2. pilotua	5,3	5,3	0,1	(-1,5 a 1,7)	0,93
3. pilotua	5,3	5,8	-0,4	(-2,2 a 1,4)	0,65
4. pilotua	6	7,3	-1,3	(-3,2 a 0,6)	0,19
5. pilotua	4,9	4,4	0,06	(-8,3 a 9,4)	0,89
6. pilotua	**6,8**	**8,6**	**-1,8**	**(-2,9 a -0,7)**	**0,001**
7. pilotua	3,4	4,4	-0,9	(-2,3 a 0,5)	0,24
8. pilotua	**0,6**	**0,1**	**0,5**	**(0,2 a 0,8)**	**0,01**

29. taula: **larrialdiko** *ospitaleratzeen tasa.*

Kasu honetan, lortutako emaitzek esku hartzearen **aldeko** garrantzi estatistikoa ematen diote pilotu **guztien** multzoari, eta, espezifikoki, ezarritako figura gaitasun aurreratuen erizain kudeatzailea den pilotuei (3.,4. eta 7. pilotuak) eta figura jarraitutasuneko erizain kudeatzailea den pilotuetako bitan (1. eta 6. pilotuak).

Aldiz, ospitaleratze guztien tasarekin gertatzen den bezala, 8. pilotuko emaitzak esku hartzearen kontrakoak dira.

OSPITALEKO EGONALDI-EGUNEN TASA

	OSPITALEKO EGONALDI-EGUNEN TASA EGUNEKO , 1.000 PAZIENTEKO				
	Esku hartu osteko tasa	Esku hartu aurreko tasa	TASA-desberdintasunak	%95eko KT	P
Pilotu guztiak	**49,5**	**52,2**	**-2,7**	**(-4 a -1,3)**	**0,00014**
GAKEren pilotuak	**49,3**	**52,3**	**-3,1**	**(-4,6 a -1,6)**	**0,00008**
JKEren pilotuak	50,9	52	-1,1	(-4,1 a 1,9)	0,45
1. pilotua	**56,1**	**67,5**	**-11,8**	**(-15,5 a -8)**	**0,000001**
2. pilotua	51,4	48,6	2,9	(-1,9 a 7,6)	0,24
3. pilotua	62,7	57,1	5,6	(-0,2 a 11,4)	0,06
4. pilotua	**53,1**	**70,6**	**-17,5**	**(-23 a -12)**	**0,0000001**
5. pilotua	**45,2**	**39,3**	**5,9**	**(3,2 a 8,6)**	**0,00001**
6. pilotua	**58,2**	**73,7**	**-15,5**	**(-18,5 a -12,5)**	**0,0000001**
7. pilotua	34,4	35,5	-1,2	(-5,5 a 3,1)	0,59
8. pilotua	**16,5**	**3,2**	**13,4**	**(10,9 a 15,9)**	**0,00000001**

30. taula: *ospitaleko* **egonaldi**-*egunen tasa.*

Oro har, ospitaleko **egonaldi**-egunetan neurtutako emaitzak mota horretan esku hartzearen aldekoagoak dira **ospitaleratzeen** kasuan baino.

Era berean, GAKEren esku-hartzearen aldekoa da emaitza, eta datu hauek ematen ditu: esku hartu aurretik, egunean 52,3 egonaldi izaten ziren 1.000 pazienteko. Esku hartu ondoren, tasa 49,3 egonaldira jaitsi da, hau da, esku-hartzearekin, egunean 3,9 egonaldi gutxiago izan dira 1.000 pazienteko (95KT: 4,6 – 1,6 egonaldi gutxiago).

Beste behin ere, emaitza horiek deigarriak dira 6. pilotuan.

Lehen azaldutako tasei buruzko gogoeta orokor gisa, esan liteke pilotu bakoitzak bere aldetik ez duela izan balio eta ondorio garrantzitsuak lortzeko behar besteko paziente-laginik. Horrenbestez, paziente-lagin handiagoak eta ibilbide handiagoa (esku-hartzea hilabete gehiagoz egitea) beharko lirateke emaitza fidagarriagoak lortzeko.

Gainera, kontuan hartu behar dira lortutako tasei eragiten dieten beste muga batzuk ere, hala nola paziente-mota eta haien adina; ospitaleratze-tasa handiagoa da a priori, eta ez dago kontrol-talderik esku-hartzearen eraginkortasuna alderatzeko.

Beraz, lortutako emaitzek ez dute esku-hartzearen aldeko edo kontrako emaitza argirik ematen. Dena den, badirudi esku-hartzearen ondorioz ospitaleratze gutxiago izaten direla (besteak beste, larrialdikoak), eta, beraz, ospitaleetako egonaldiak ere laburragoak direla. Horregatik, esan liteke GAKE-k etxean artatutako pazienteak (32. taula) ekidindako ospitale-egonalditzat har litezkeela, paziente horien IPak kontuan hartuta.

FIGURA	BATEZ BESTEKO IPa 2011n
JKE	8,845883563
GAKE	10,20571551

31. taula: *batez besteko IPa JKErentzat eta GAKErentzat*

ETXEAN EGINDAKO EGUNAK	3. PILOTUA		4. PILOTUA		7. PILOTUA		PAZ. GUZTI. GAKErekin	
	PAZIENTE-KOP.	%	PAZIENTE-KOP.	%	PAZIENTE-KOP.	%	PAZIENTE-KOP.	%
1 - 10 egun	18	36	14	23,70	43	60,56	75	41,67
1 1 - 20 egun	11	22	15	25,40	17	23,94	43	23,89
21 - 30 egun	9	18	10	16,90	6	8,5	25	13,89
31 - 40 egun	1	2	6	10,10	1	1,4	8	4,44
41 - 50 egun	1	2	4	6,70	1	1,4	6	3,33
51 - 60 egun	1	2	3	5,00	0	0	4	2,22
61 - 70 egun	1	2	4	6,70	3	4,2	8	4,44
>70 egun	8	16	3	5,00	0	0	11	6,11
GUZTIRA	**50**	100	**59**	100,00	**71**	100,00	**180**	**100**

32. taula: *batez besteko IPa JKErentzat eta GAKErentzat.*

Azkenik, adierazi behar da era horretako esku-hartzeak epe luzerako estrategia eraginkorrak direla. Hala ere, proiektuan lortutako emaitzen era horretako esku-hartzeek duten inpaktuaren berri eman dezakete, eta esperientzia positibotzat jo. Xehetasun gehiago nahi izanez gero, ikus CDko VI. Eranskina.

c) Kostuen kalkulua

Gaur egun ezinezkoa da etxeko egonaldiekin saihestu diren kostuak zenbatestea, GAKE-ek artatutako pazienteen ACGrik gabe.

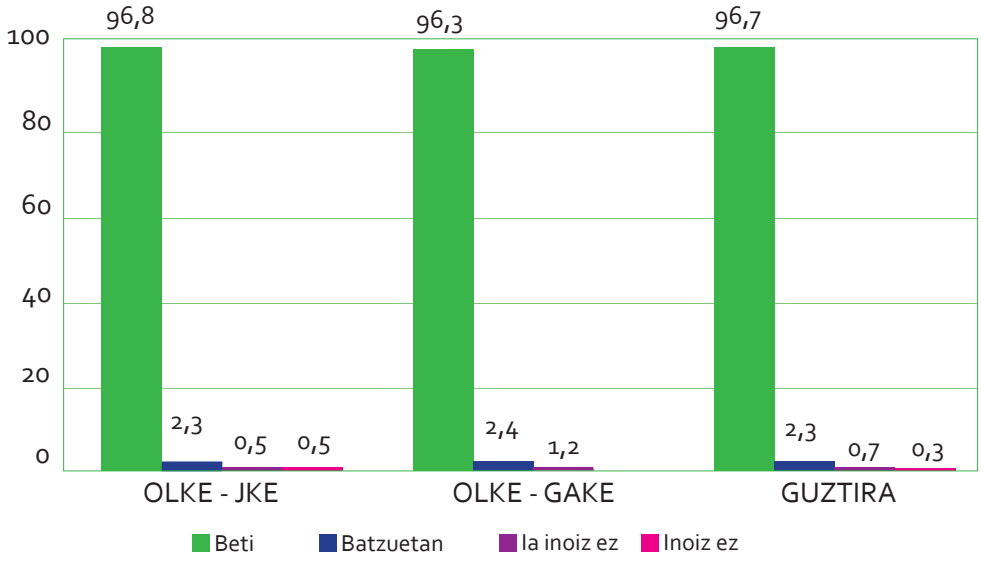
Etorkizunean, interesgarria litzateke paziente horiei erizain horiek egin beharreko jarraipena horretarako berariaz sortutako adierazle espezifikoen bidez egin ahal izatea, horrek segimenduaren eraginkortasuna eta izatea bera neurtzen lagunduko bailuke.

d) Pazienteen gogobetetze-maila emandako zainketekiko

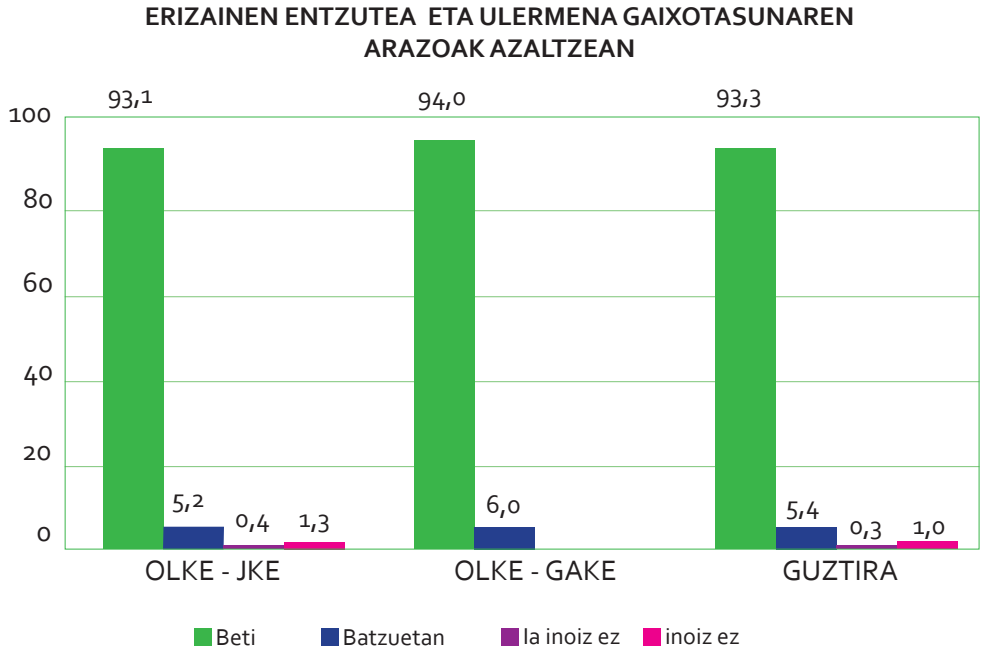
SATISFAD inkesta erabili da pazienteen gogobetetze-maila neurtzeko (ikus galdera-sorta XIII. eranskinean). Inkesta GIZAKER-ek egin du. Halaber, datuak EVALUAk ustiatu ditu (KRONIKGUNEk finantzatu ditu biak).

Grafiko hauetan, haztatutako itemetatik birekiko (inkestako garrantzitsuenak) pazienteek duten gogobetetze-maila ikusten da:

ERIZAIN KUDEATZAILEAREN ANTOLATZE-LANEN BALIOESPENA
(LOTURA-ERIZAINEK EMANDAKO ARRETA)



5. grafikoa: *pazienteen gogobetetze-maila: 1. galdera.*



6. grafikoa: *pazienteen gogobetetze-maila: 2. galdera.*

Esku-hartzearekin pazienteengan lortu den gogobetetze-maila % 90etik gorakoa da egindako galdera guztietan. Inkesten emaitzei buruzko xehetasun gehiago nahi izanez gero, ikus VII. eranskina.

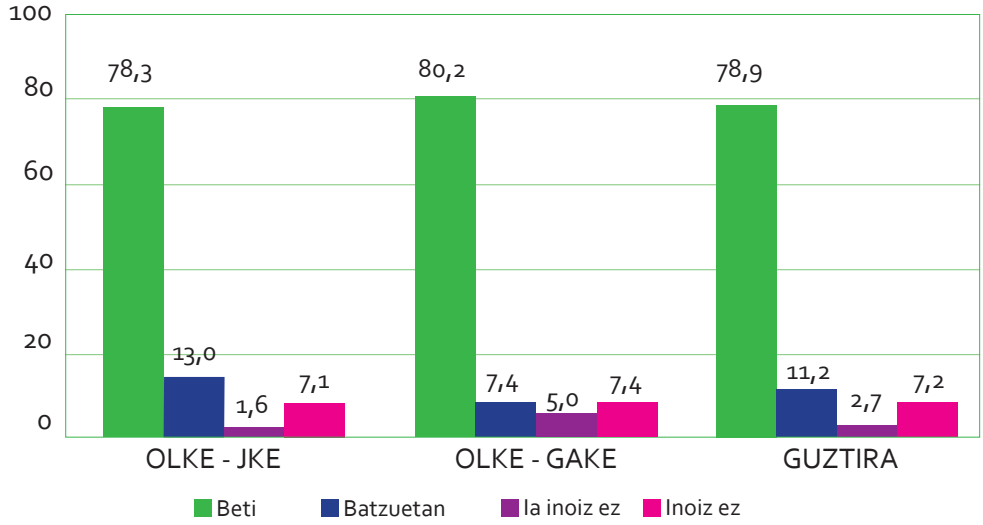
e) Zaintzaileen eta/edo senitartekoen gogobetetze-maila jasotako arretarekiko

SATISFAD inkesta erabili da zaintzaileen eta/edo senitartekoen gogobetetze-maila neurtzeko (ikus galdera-sorta XIII. eranskinean). Inkesta GIZAKER-ek egin du. Halaber, datuak EVALUAk ustiatu ditu (KRONIKGUNEk finantzatu ditu biak).

Grafiko hauetan, zaintzaileei/senitartekoei emandako galdera-sortan haztatutako itemekiko haiek duten gogobetetze-maila ikusten da:

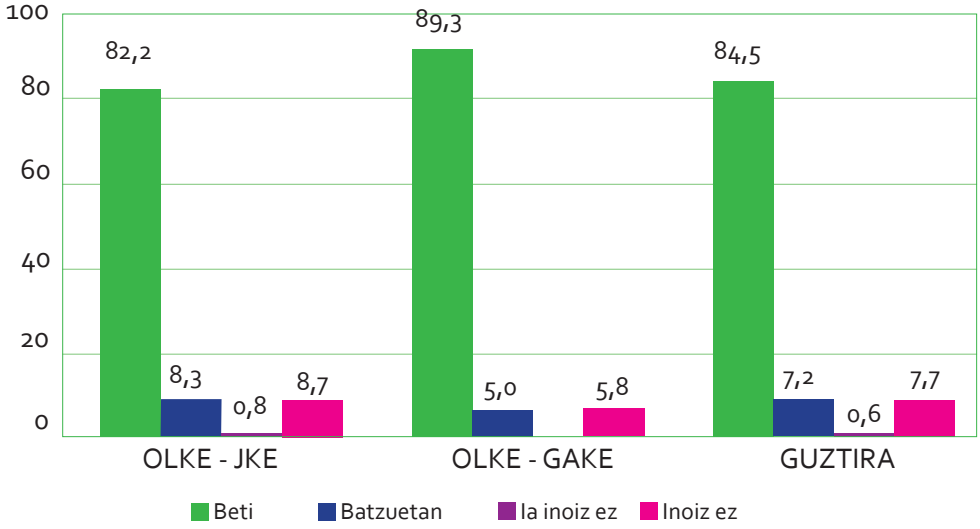
Erizainen esku-hartzearekin zaintzaileengan lortu den gogobetetze-maila % 87tik gorakoa da egindako galdera guztietan. Inkesten emaitzei buruzko xehetasun gehiago nahi izanez gero, ikus CDko VII. eranskina.

ZAINKETAK ANTOLATZEN PARTE HARTZEKO AUKERA



7. grafikoa: *zaintzaileen gogobetetze-maila: 1. galdera.*

JASOTAKO ZERBITZUEK ZURE ZAINTZAILE-LANA HOBETZEN DUTE



8. grafikoa: *zaintzaileen gogobetetze-maila: 2.galdera.*

f) Esku hartutako pazienteekin harremana izan duten profesionalen gogobetetze-maila (LMAko eta AEko profesionalak, pilotatutako rol berriak bete dituztenak izan ezik)

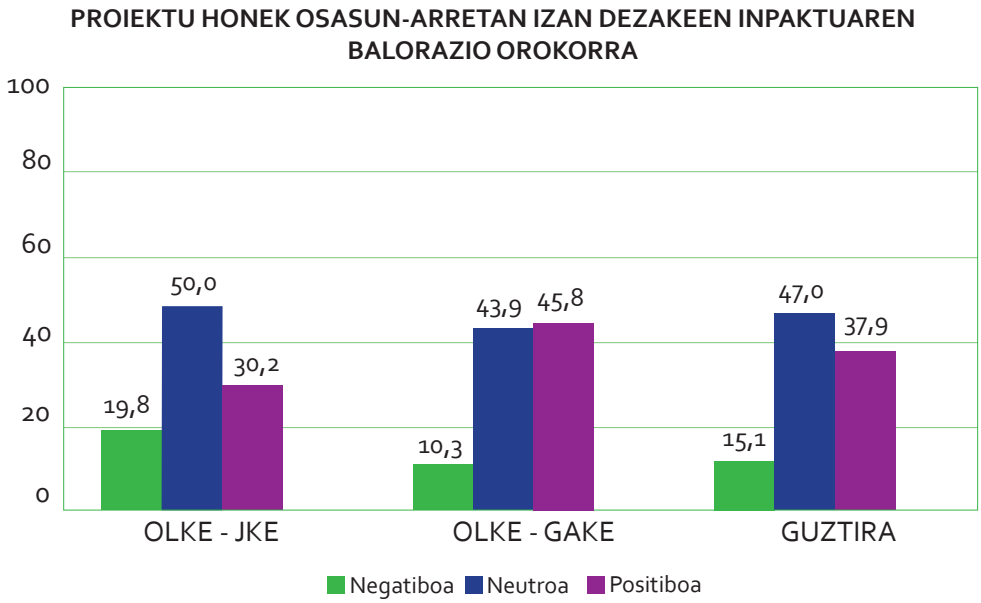
Guk prestatutako galdera-sorta bat erabili da. Ikus galdera-sorta CDko XIII. eranskinean. Datuak EVALUAk ustiatu ditu, KRONIKGUNEren finantziazioarekin.

Galdera-sorta 1.151 profesionali bidali zitzaien, eta, 2012ko martxoaren 30era bitartean, 428 erantzun jaso ziren. Hau da, erantzun-tasa **% 37,18** izan zen.

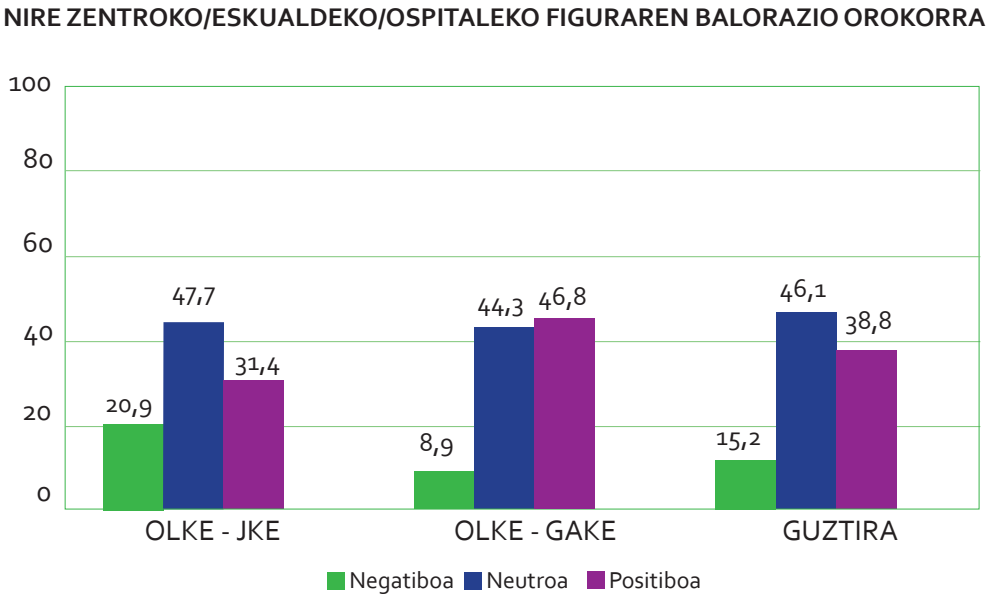
Gerora, hura betetzeko gogorarazpenak bidali dira, baliozkotu ahal izateko behar den galdera-sorta erantzunen kopurura ("N") iristeko. Galdera-sorta baliozkotu ondoren, lortutako emaitzak aurkeztuko dira.

Galdera-sortak 36 galdera ditu, eta Likert-en eskala bidezko erantzunak. Balizko zazpi erantzun ditu, 1etik (erabat desados) 7ra (erabat ados) ordenatuak. Emaitzak erakustean, bi erantzun muturrekoenak "negatibo" eta "positibo" taldeetan multzokatzea erabaki da, eta tarteko hirurak "neutrotzat" jo dira, kontuan hartu gabe item bakoitzaren balorazioak positiborantz edo negatiborantz jotzen duela. Helburua da behar bezala zehaztea adostasuna (asebeteta) edo desadostasuna (asebete gabe) nabarmen adierazten duten erantzun-bolumenak.

Hurrengo grafikoetan, haztatutako itemetatik laurekiko (aurreko galdera-sortako garrantzitsuentzat jotzen dira) profesionalek duten gogobetetze-maila jasotzen da, 2012ko martxoaren 30eko datuekin. Ikus emaitzak CDko IX. eranskinean.

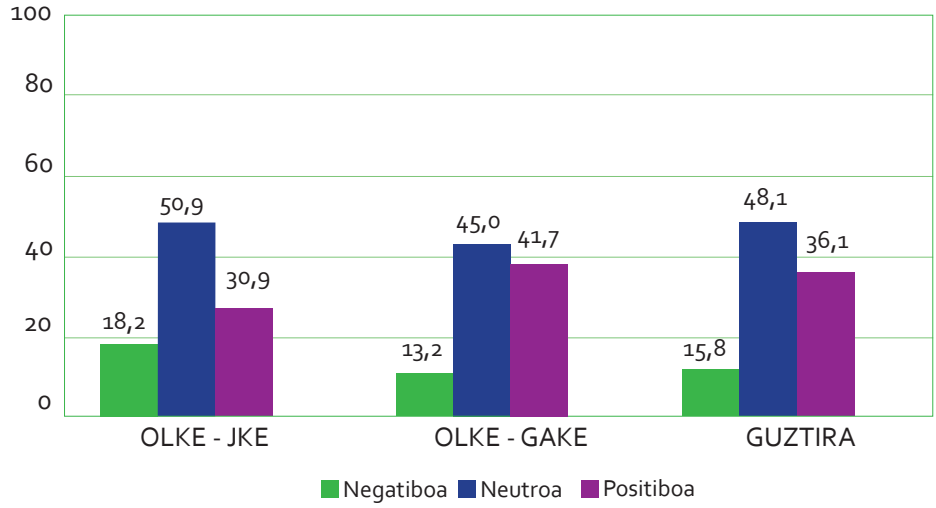


9. grafikoa: *profesionalen gogbetetze-maila: 1. galdera.*



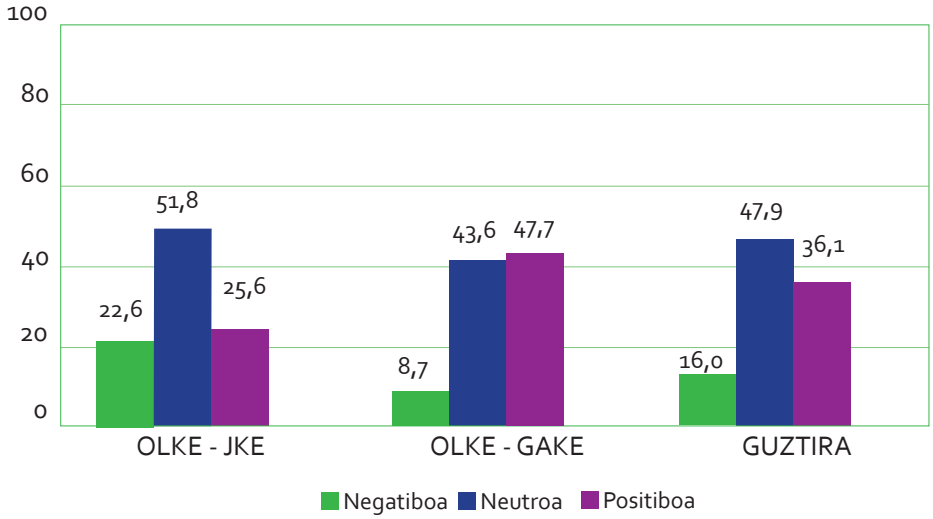
10. grafikoa: *profesionalen gogobetetze-maila:2. galdera.*

PROIEKTU HAU EZARTZEAK MAILA BAKOITZEKO PROFESIONALEI EMAN DIEZAIEKEEN KOORDINAZIOARI BURUZKO BALORAZIO OROKORRA



11. grafikoa: *profesionalen gogobetetze-maila: 3. galdera.*

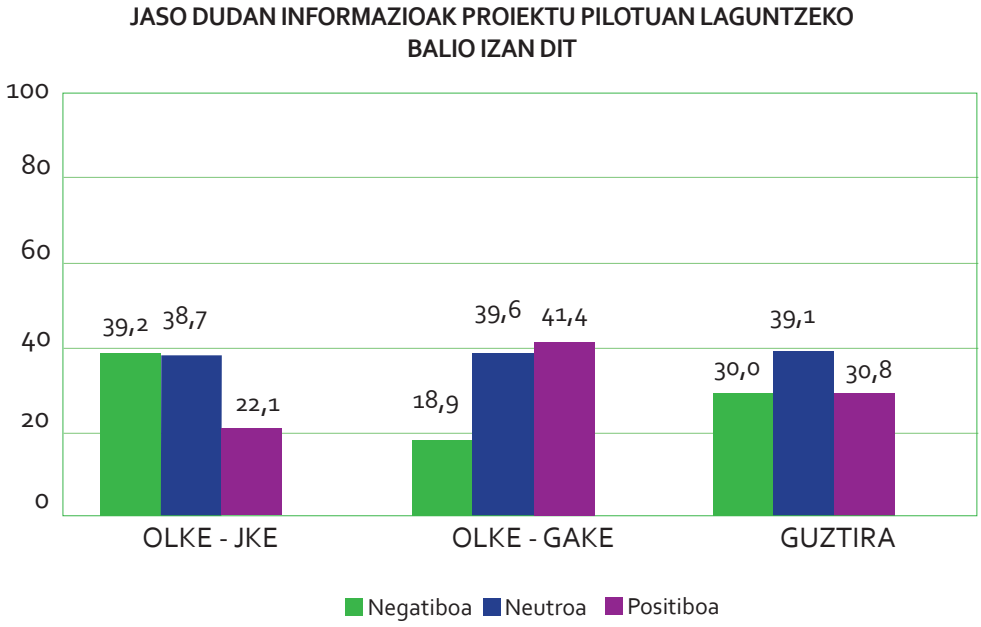
PROIEKTU HONEK MOTA HORRETAKO PAZIENTEEN PROGRAMATU GABEKO OSPITALERATZEAK MURRIZTEN DITU EDO MURRIZTU DITZAKE



12. grafikoa: *profesionalen gogobetetze-maila: 4. galdera.*

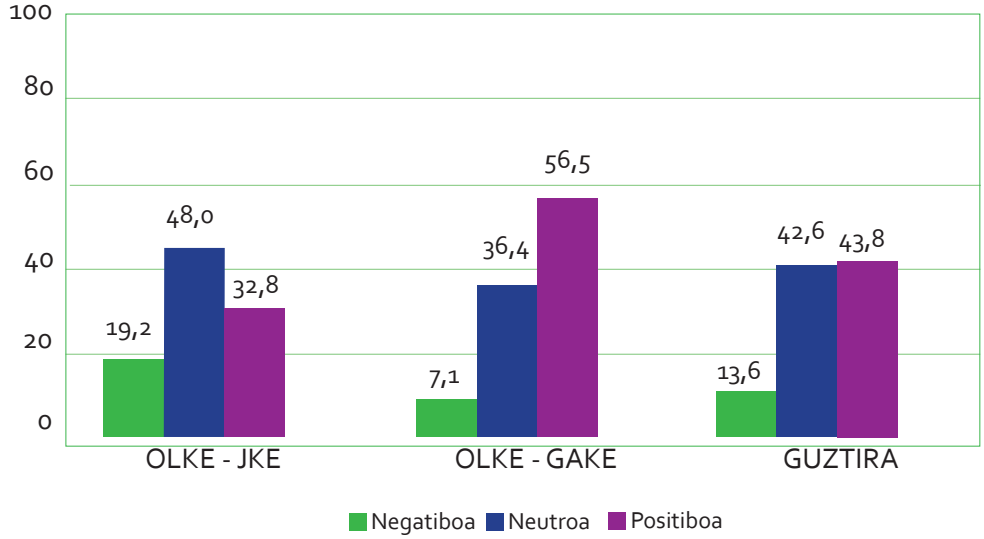
Ikusten da profesionalen % 35 - % 45ek positibotzat jotzen duela gaitasun berrien esku-hartzea; % 45- % 50ek, berriz, neutrotzat jotzen du.

Hala ere, eta beharbada figura horiek sartzeak asistentzian dakarren aldaketaren ondorioz, ikusi da figura horiei dagokien asistentzia-edukiari eta koordinazioari buruzko informazio gehiago eman behar dela. Galdera-sortako zenbait galderatan ikusten da alderdi hori; besteak beste, hiru hauetan:



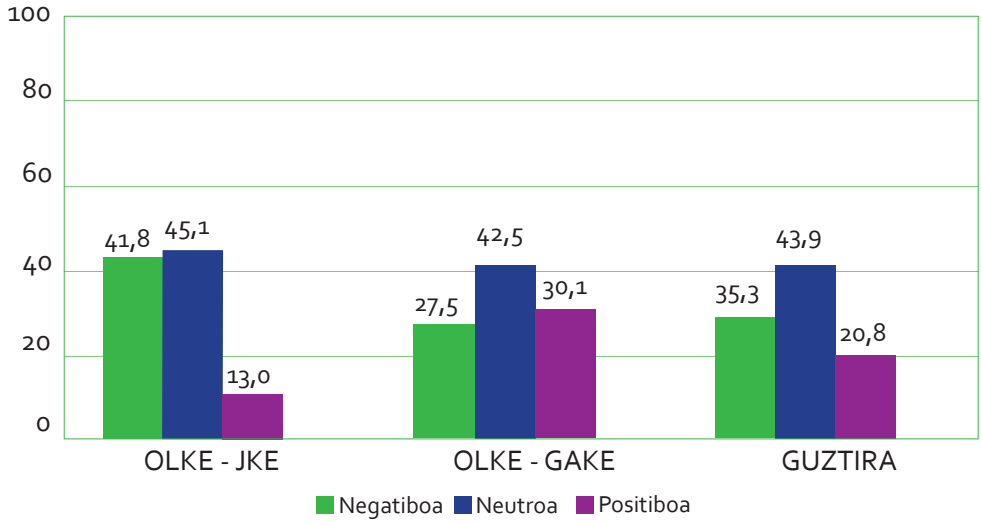
13. grafioa: *profesionalen gogobetetze-maila: 5. galdera.*

FIGURA HORIEK EZARTZEAK HOBETU EGITEN DU PROIEKTUAN SARTUTA DAUDEN PAZIENTEEN ZAINKETEN JARRAITUTASUNA



14. grafioa: *profesionalen gogobetetze-maila: 6. galdera.*

ERIZAIN-FIGURA HORIEK IZATEAK HOBETU EGITEN DU PAZIENTE JAKIN BATEN ARDURA DUTEN MEDIKUAREN ETA ERIZAINAREN ARTEKO BARNE-KOORDINAZIOA



15. grafioa: *profesionalen gogobetetze-maila: 7. galdera.*

Inkesten emaitzei buruzko xehetasun gehiago nahi izanez gero, ikusi IX. eranskina.

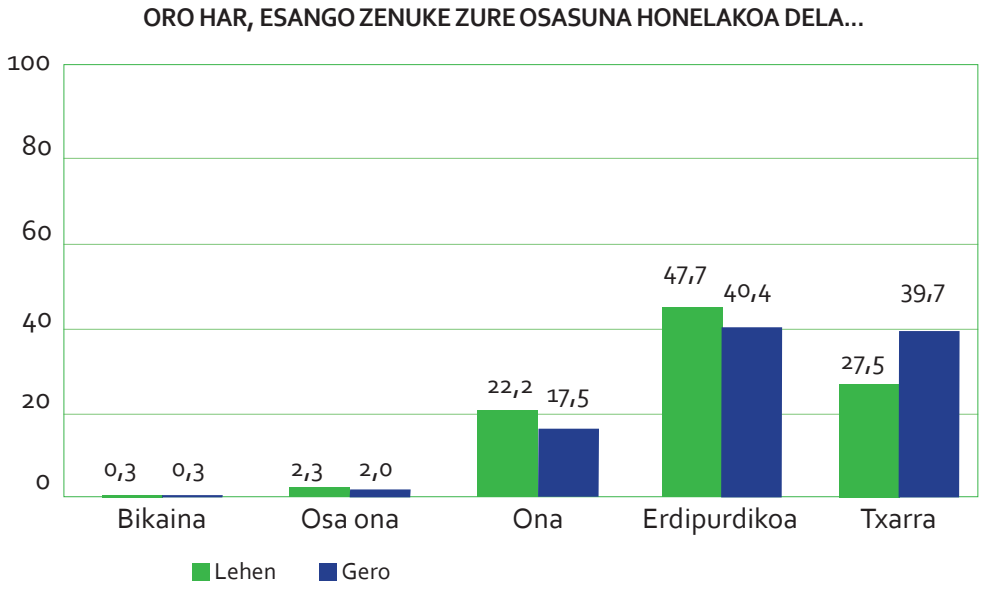
g) Pazienteen bizi-kalitatearekiko pertzepzioa, esku hartu aurretik eta ondoren

Ondoren, pilotuetan parte hartu aurretik eta ondoren pazienteek bizi-kalitatearekiko zuten pertzepzioa nola aldatu zen zehazten da.

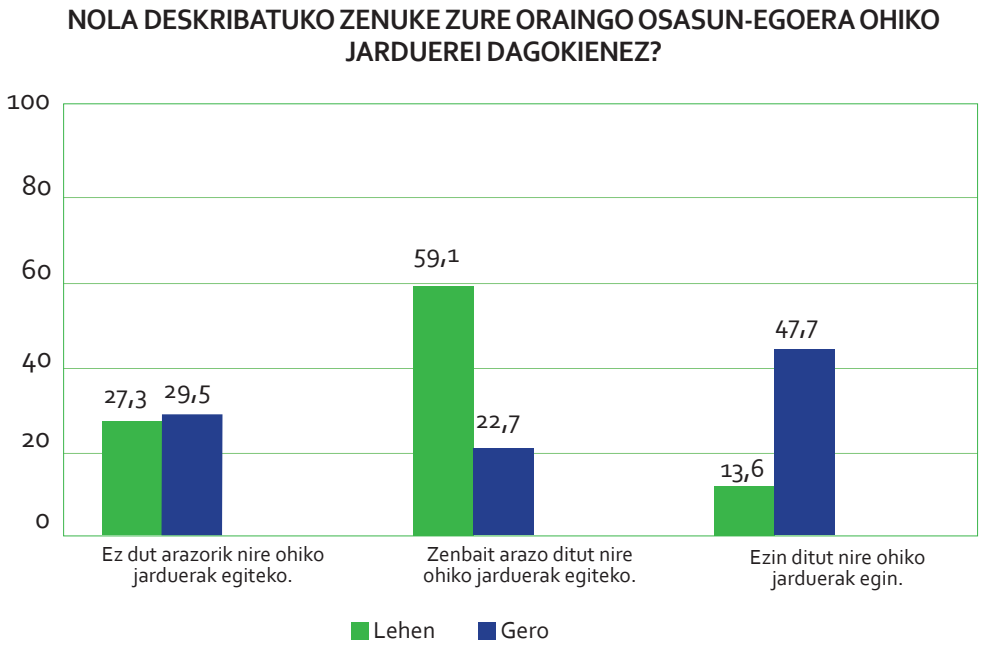
Pilotu guztientzat "Bizi-kalitateari buruzko SF12 galdera-sorta" erabili zen, 7. pilotuarentzat izan ezik, harentzat "Bizi-kalitateari buruzko EUROQOL (EQ-5D) galdera-sorta" erabili baitzen. Ikus galdera-sortak XIII. eranskinean.

Inkesta GIZAKER-ek egin du. Datuak EVALUAk ustiatu ditu (KRONIKGUNEk finantzatu ditu biak).

Hurrengo grafikoetan, pazienteek bizi-kalitateari buruz duten pertzepzioa ikusten da haztatutako itemetako bitan (aurreko galdera-sortako garrantzitsuentzat jotzen dira):



16. grafikoa: *bizi-kalitatea: 1. galdera.*



17. grafikoa: *bizi-kalitatea: 2. galdera.*

Ikusten da pilotuan parte hartzen duten pazienteek bizi-kalitateari buruz duten pertzepzioak okerrera egin duela oro har, eta horren eragile izan daiteke, ziurrenik, paziente horien gaixotasunaren bilakaera bera.

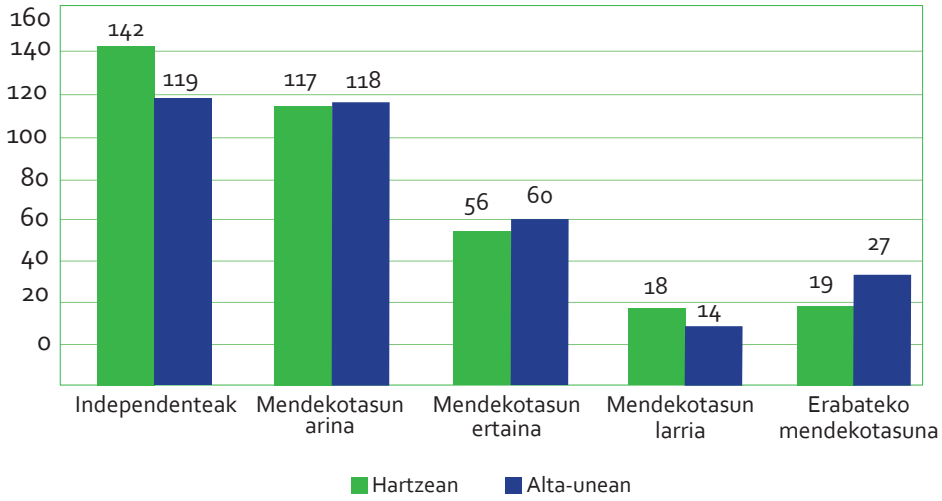
Inkesten emaitzei buruzko xehetasun gehiago nahi izanez gero, ikusi X. eranskina.

h) Mendekotasun-mailen aldaketa esku hartu aurretik eta ondoren.

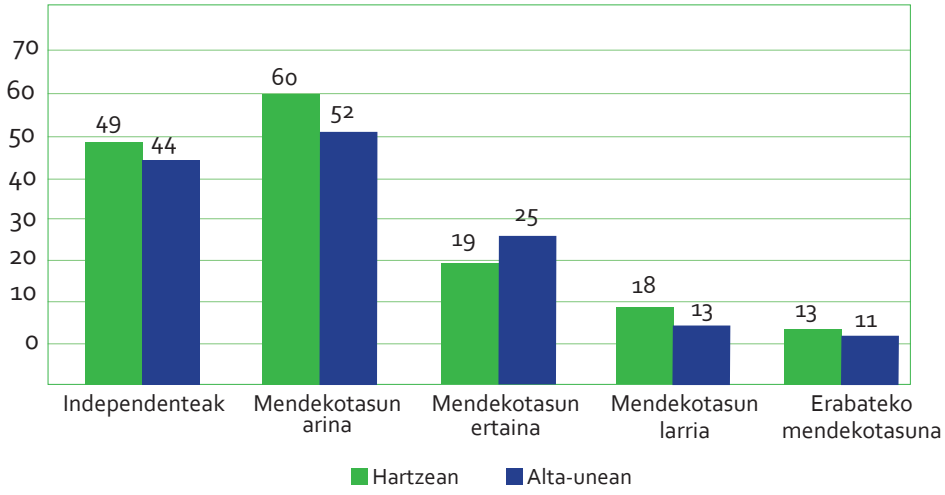
Ondoren, pilotuetan parte hartu aurretik eta ondoren mendekotasun-maila nola aldatu zen zehazten da. Horretarako, Barthel-en mendekotasun-eskala erabili da, eta JKEk eta GAKEk artatutako pazienteek lortutako ratioak bereizi dira.

Esku hartu aurretik eta ondoren hartu zizkieten datuak figurek pazienteei.

Emaitzak JKEk artatutako pazienteetan:



18. grafikoa: *mendekotasun-mailaren aldaketa (JKE).*



19. grafikoa: *mendekotasun-mailaren aldaketa (GAKE).*

Ikus daitekeenez, bai JKEk artatutako pazienteetan, bai GAKEk artatutakoetan, mendekotasun-mailak apur bat okerrera egin du esku hartu ondoren, eta horren arrazoi nagusia da paziente horien gaixotasunaren bilakaera bera. Mendekotasun-mailaren aldaketari dagozkion datuak V. eranskinean daude.

INDARGUNEAK ETA HOBEKUNTZA-ARLOAK

6. INDARGUNEAK ETA HOBEKUNTZA-ARLOAK

Pilotuen bilakaera ikuspegi kualitatibo batetik aztertzeko, guztientzat giltzarri ziren zenbait faktore identifikatu ziren. Eremu desberdinetako alderdiak dira, hala nola trebakuntza, komunikazioa eta lankidetza bidezko lana.

Orain, "indargunetzat" hartutako faktoreak deskribatuko ditugu (garrantzitsutzat jo da faktore horiei eustea).

a) Indarguneak:

- Pilotatu beharreko figurekin zerikusia duten kontzeptuak asimilatzea eta jarraipen operatiboa egitea esku hartzen duten profesionalek.
- Kronikotasunari buruzko beste proiektu estrategiko batzuekiko zeharkakotasuna (geruzatzea, O-Sarean...)
- Koordinazio handiagoa LMAren, AEren, gizarte-zerbitzuen eta zaintzaileen artean.
- Pilotu bakoitzaren malgutasuna pazienteak sartzeko edo kanpoan uzteko irizpideak eta fluxu operatiboak egokitu ahal izateko, esperientzia erakunde bakoitzaren errealitatera egokitzeko eta, betiere, proiektuaren helburuei kalterik egin gabe.
- Lankidetza bidezko lan-sistema bat lortzea, horretarako egokitutako webtresna baten bidez: komunitate bat sortzea wiki-ingurune batean, pilotu bakoitzaren jarduera-datuak erregistratzeko, eta pilotuetan eta proiektuko taldeetan parte hartzen duten profesionalentzako komunikaziorako eta informaziorako tresna gisa. Proiektuan parte hartzen duten pazienteen datuen konfidentzialtasunari eutsi zaio une oro, zifratzeko eraldatutako identifikazio-datuen bidez.Parte hartzen duten osasun-erakundeetako liderrek eta erizaintzako profesionalek (pilotuak) esku hartzea.
- Pazienteen trantsizio egokia asteburuetan.
- Ondo detektatzea patologia asko dituztelako pilotuetan lantzen diren eremuetatik esku-hartze koordinatua balia dezaketen pazienteak.
- Pazienteen eta zaintzaileen gogobetetze-maila handia figurek egindako lanarekiko (handiagoa da GAKE-ek egindako lanari dagokionean).

Ondoren, pilotuek aurrera egingo dutela bermatzeko zaindu eta kontrolatu beharreko alderdiak deskribatzen dira:

b) Hobekuntza-eremuak:

Hemen, pilotuak garatzean hautemandako hobekuntza-eremuak nabarmentzen dira:

- Jarduera klinikoan hautemandako aldakortasuna arazo bat izan da, eta aintzat hartu behar da hura murrizteko, pilotuen artean ez ezik, baita parte hartzen duten zerbitzu-erakundeetan ere. Hobetzeko puntu hori ez dagokio proiektu honi bakarrik.
- Pilotu batzuetan, zentroetako profesionalek ez dute ulertu pilotatu beharreko figura berriak izango zirela. Gaur egungo osasun-arreta prozesu akutuen arretan oinarritzen da batez ere, eta ez hainbeste kronikotasunarekiko arretan, Osasun eta Kontsumo Sailaren estrategiak proposatzen duen bezala.
- Gure ustez, asistentzia-kulturaren aldaketa hau onartzeko denbora gehiago beharko da, eta profesionalek hobetu ezagutu beharko dituzte, batetik, estregia honek, oro har, izan ditzakeen onurak, eta, bestetik, figura horien jarduera..
- Nork bere burua zaindu dezan pazienteak eta zaintzaileak heztea hobetzeko marjina duen esparru bat da, kronikotasunaren estrategiaren alorreko beste proiektu batzuetan dagoeneko lantzen ari dena.
- Informazio-sistemak asistentzia-mailetan erabat ez integratzeak zaildu egin du eguneroko jardueraren garapena errazteko behar diren datuetarako sarbidea. Figurak zailtasun horiek konpontzen joan dira pilotuan. Dena den, lantzen duten kronikotasunaren estrategiaren barruan, badira zenbait proiektu informazio-sistemen erabateko integraziorako.
- Beste zailtasun bat ere izan da: arreta espezializatuko erizainek ezin zuten sartu lehen mailako arretako agendetan asistentzia-maila horretako erizainek egin beharreko jarduerarik. Hitzordu horiek asistentzia-jarduerak edo profesionalei emateko informazioa izan zitezkeen.
- Asteburuetan segimendua behar zuten pazienteei segimendu hori egiteak arazoak eragin zituen hasieran asistentzia-jarraitutasunean. Arazo hori konponduz joan zen "Osasun-zerbitzuen zentro multikanala" proiektu estra-

tegikoan erizainak sartu ahala. Horri esker, pazienteak etxera bideratu ahal izan dira, eta hala, ordutegiagatik zegokien figurak artatu ezin zituen pazienteen segimendua bermatu da.

- Sistemak (gizarte- eta osasun-sistemak) integratzeko "hausturak" identifikatzea. Gizarte-baliabideen maparik ez izateak eta baliabide horiekiko komunikazio-kanalei buruzko informazio faltak, batzuetan, zaildu egin du maila horretan hautemandako pazienteak bideratzea. Zenbait kasutan, konpondu dute figurek zailtasun hori. Dena den, antolaketa hobetuz konpondu beharreko eremu bat da hori. Lankidetza soziosanitarioari heltzen dion proiektu estrategiko bat izateak aukera emango die agenteei esparru horretako koordinazioa areagotzeko, eta, hartara, dauden hausturak minimizatzeko.

IKASKUNTZA ETA GOMENDIOAK

7. IKASKUNTZA ETA GOMENDIOAK

8 esperientzia pilotuetako datu kuantitatiboak (jarduera), kualitatiboak (gogobetetze-inkestak) eta parte hartu duten profesionalen bizipenak aztertu ondoren, hauek dira pilotatutako gaitasunak ezartzeko eta hedatzeko proiektuko lantaldeak atera dituen ondorio nagusiak:

a) kasua kudeatzeko erizainen jarduera-eremua:

- **JKE (Jarraitasuna kudeatzeko erizaina):**

  - Haren jarduera-eremua lehen mailako arreta izango da, LMATn duen postuari dagozkion gaitasunekin. Arreta berezia jarriko zaio patologia askoko pazienteak hautemateari, haien segimendua egiteari eta kontrolatzeari, maila arteko koordinazioa bermatuz (bai maila espezializatuan, bai soziosanitarioan).

  - JKEk arta lezakeen xede-populazioa Zerbitzu Erakunde bakoitzeko Programa Kontratuetan dauden Herritarrengan Eragiteko Planek zehaztuko dute (plan horrek ahalik eta konplexutasun-mailarik txikiena izan behar du).

  - Rol hori betetzeko gaitasuna lehen mailako arretako erizain guztiek dute, eta beren jarduera profesionalari figura horrentzat III. eta IV. eranskinetan zehaztutako alderdiak eransten dizkiote.

- **GAKE (Gaitasun aurreratuak kudeatzeko erizaina):**

  - Haren jarduera-eremua lehen mailako arreta izango da, LMATn duen postuari dagozkion gaitasunekin. Arreta berezia jarriko zaio patologia askoko paziente konplexuak —etxean esku-hartze handiago behar dutenak— hautemateari, haien segimendua egiteari, egoera klinikoa kontrolatzeari eta laguntzeari, maila arteko koordinazioa bermatuz (bai maila espezializatuan, bai soziosanitarioan).

  - GAKEk arta lezakeen xede-populazioa Zerbitzu Erakunde bakoitzeko Programa Kontratuetan dauden Herritarrengan Eragiteko Planek zehaztuko dute (plan horrek ahalik eta konplexutasun-mailarik handiena izan behar du).

- Rol hori betetzeko gaitasuna lehen mailako arretako erizain guztiek dute, eta beren jarduera profesionalari figura horrentzat CDko III. eta IV. eranskinetan zehaztutako alderdiak eransten dizkiote.

- **OLKE (Ospitale-lotura kudeatzeko erizaina):**

  - Haren jarduera-eremua ospitalea izango da, arreta espezializatuan duen postuari dagozkion gaitasunekin. Arreta berezia jarriko zaio patologia askoko pazienteak (konplexuak eta ez-konplexuak) hautemateari eta baloratzeari, eta bermatuko da maila arteko koordinazioa (lehen mailako arretan eta arreta soziosanitarioan) eta pazientea ospitaletik etxera bideratzea.

  - OLKEk arta lezakeen xede-populazioa Zerbitzu Erakunde bakoitzeko Programa Kontratuetan dauden Herritarrengan Eragiteko Planek zehaztuko dute.

  - Rol hori betetzeko gaitasuna arreta espezializatuko erizain guztiek dute, eta beren jarduera profesionalari figura horrentzat CDko III. eta IV. eranskinetan zehaztutako alderdiak eransten dizkiote.

Horrenbestez, asmoa ez da hiru kategoria profesional berri sortzea; horren ordez, lanpostu bakoitzaren funtzioak bereizi behar dira, bakoitzak dagozkionak bete ditzan. Horrek esan nahi du erizaintzaren egitekoa indartu egin behar dela lehen mailako arretan eta arreta espezializatuan, zehaztu diren rol berriak betetzeari dagokionez (ikus III. eta IV. eranskinak).

b) Ezartzeko gomendioak

Ondorengo puntu hauek kontuan hartu behar lirateke, Osakidetzan gaitasun aurreratuen erizaintza-eredua hedatu nahi izanez gero:

1. Erakundearen berrantolaketa

I. Giza baliabideak lerrokatzea, banatzea eta/edo berrantolatzea: zerbitzu-erakunde bakoitzak izango du ardura ezartze-proposamen horrek bere giza baliabideetan (erizaintza, lehen mailako arretako medikuak, arreta espezializatuko medikuak...) zer inpaktu duen neurtzeko eta erakundean erizaintzako gaitasun berrien integrazioa ahalik eta modurik eraginkorrenean kudeatzeko eta barnetik koordinatzeko .

II. Kasuak kudeatzeko rolak ezartzearen dimentsionamendua: KKEren profilari dagokionez, funtzio horiek lehen mailako arretako erizainari esleitzean, rol horren dimentsionamendua zerbitzu-erakunde bakoitzak zehaztu beharko du, gomendio hauek kontuan hartuta: profil hori pertsona jakin batentzat izan daiteke (bat edo gehiago, erakundearen tamainaren arabera), edo osasun-zentro bakoitzean LMATko erizain bakoitzaren jarduerari sar dakioke.

GAKEren profilari dagokionez, esperientzia pilotuaren ondoren, jotzen da GAKE/patologia askoko paziente konplexua ratio zenbatetsiak 1 izan behar lukeela **100 paziente/urteko** (horrek ez du esan nahi etengabe 100 pazientе izango direnik, kopuru hori aldatu egingo baita kasu bakoitzeko etxeko egonaldiaren arabera). Hori guztia kontuan izanik, ratio hori eta zerbitzu-erakunde bakoitzak egin beharreko dimentsionamendua erakundeen jarduera-eremuaren errealitatearen, zentroen banaketaren, programan dauden herrien distantzia geografikoen eta programa-kontratuan zehaztutako Herritarrengan Eragiteko Planen arabera kudeatuko dira.

OLKEren profilerako, figura horren dimentsionamendua ZE bakoitzak zehaztu behar du. Profil hori pertsona-kopuru jakin batentzat egin daiteke (ospitalizazio-unitateko, zainketa-eremuko...), edo postu bakarrerako izan, ospitale bakoitzaren tamainaren eta ezaugarrien arabera.

III. Pazienteeen segimendua etxean egiteko jarraibideen estandarizazioa.

Ospitaleratze bat izan ostean patologia askoko paziente konplexu guztiei etxean segimendua egiteko eta han zaintzeko plan bat egin behar zaiola jotzen da. Ospitaleko alta jaso ondoren, GAKEk eta LMATk (erreferentziazko medikuak eta erizainak) izango dute ardura hori, behar den denboran eta pazientearen ezaugarri klinikoen arabera.

Pazienteen konplexutasun- eta/edo ezegonkortasun-egoeraren arabera, beharrezkoa izango da, edo ez, GAKEk etengabe esku hartzea.

IV. Patologia bakoitzean egin beharreko zainketak protokolotan sartzea.

Profesionalek ematen duten osasun-arretan dagoen aldakortasuna dela eta, patologia bakoitzerako arreta-protokoloak estandarizatzeko beharra hauteman da, mikrosistema-mailan gutxienez (lehen mailakoarekin espezializatua).

Hori dela eta, beharrezkoa izango litzateke jarduera-irizpide bateratuak zehaztea (lehen mailako arretaren eta arreta espezializatuaren artean) zenbait patologia dituzten pazienteen arreta eta segimendurako eta gaixotasunaren faseetarako (egonkortasun-egoeran / desegonkortasun-egoeran), eta, horretarako, ezinbestekoa da GAKE-ek irizpide horiek izatea, esku-hartzea errazteko.

V. Maila artean (arreta espezializatua, lehen mailako arreta, osasun mentala) komunikazio-zirkuituak eta informaziorako sarbide ezartzea.

Sarean dauden osasun-informazioko sistemak direla eta (Osabide LMA, e-Osabide, Osabide Global, Global Clinic...), zirkuitu bakarra ezarri behar litzateke bi mailen artean informazioa partekatzeko.

Halakorik izan ezean, informazio-iturri ofizial bakar behar zehaztu behar litzateke (egin nahi den kontsultaren arabera), osasun-profesionalek hara jo ahal izan dezaten.

Era berean, garrantzitsua da arreta espezializatuko erizainek hitzorduak eman ahal izatea LMAko agendetan, osasun-zentroetako erizainek egin behar dituzten jardueretarako. Hartara, LMAko erizainak bere agendan ikusiko luke zer paziente bideratu dizkion OLKEk eta zer jarduera-mota egin behar den (telefono-deia, kontsulta, etxeko arreta...), kontuan hartuz esku-hartze asistentziala den, profesionalei, pazienteei eta zaintzaileei eman beharreko informazioa den edo beste maila batekoa den (soziosanitarioa, ikuskapena...).

Halaber, mikrosistema bakoitzean komunikazio-zirkuitu bat itxi behar litzateke lehen mailako arretaren eta arreta espezializatuaren artean, zainketa-txostenak (etxean egin beharreko zainketak barne) bi noranzkoko fluxua izan dezan, hau da, lehen mailako arretatik espezializatura, eta alderantziz, bi aldeek izan dezaten gertatutakoaren eta maila bakoitzean egindakoaren berri.

VI. Jardueraren segimendu - eta ebaluazio - adierazleak ezartzea.

Garrantzitsua da eraginkortasun-adierazleak eta emaitzak zehaztea erizaintzako gaitasun berriak hedatu ostean. Komeniko litzateke neurketa-sis-

tema bakarra izatea, jakiteko zer kostu duen gaitasun berri horiek dituzten erizainen esku-hartzeak patologia askoko pazienteak artatzean. Hala, haien esku-hartzeak patologia askoko pazienteetan duen azken kostua jakitea eta arreta eta segimendua eskaintzeko moduan izandako aldaketekin zer alde dauden ikustea aurrerapauso bat da, zalantzarik gabe, kronikotasunari heltzeko asistentzia-ereduan egin behar den aldaketan.

Orobat, jakin liteke zenbateraino diren eraginkor egin nahi den esku-hartzeak dakartzan zainketak.

VII. O-sareanekin koordinatzeko irizpideak garatzea. Urteko 365 egunetan egunean 24 orduz pazienteen segimendua egiten lortutako arrakastan aurrera egiteko, beharrezkoa da zerbitzu-erakunde bakoitzak zehaztua eta etengabe eguneratua izatea ospitale/zentro/unitate bakoitzeko erreferentziako erizain kudeatzaileen zerrenda (OLKE, JKE, GAKE). Helburua sarbidea eta komunikazioa erraztea da, harremanetarako telefonoak eta helbide elektronikoak sartuz, bai eta hitzordua emateko modua eta jarduerak ere, zeinak erreferentziako erizain horien agendetan zehaztuta baitaude.

2. Trebakuntza

Figura bakoitzaren jarduera espezifikoak LMAn eta AEn sartu ahal izateko, eta hedatu aurreko baldintza gisa, dagozkion trebakuntza-saioak egin beharko dira, figura horiek hartuko dituzten erizainentzat eta erakunde bakoitzeko lider kudeatzaileentzat.

Erizain liderrentzako trebakuntza, programa-kontratuko Herritarrengan Eragiteko Planekin bat etorriz zerbitzu-erakundeetan hedatzea helburu duena.

Erizainentzako trebakuntza, kronikotasunaren estrategiarekin eta programa-kontratuko konpromisoekin bat etorriz rol berriak betetzen eta ebaluatzen direla bermatzeko figura bakoitzean zehaztutako praktikara bideratua, figura bakoitzaren jarduera-modua eta baliabideen kudeaketa eta koordinazioa ardatz hartuta eta pazienteen geruzatzea kontuan hartuta, patologia askokoetan oinarrituz.

3. Barneko eta kanpoko komunikazio-plana

Komunikazio-plan bat egin beharko da, zenbait mailatan:

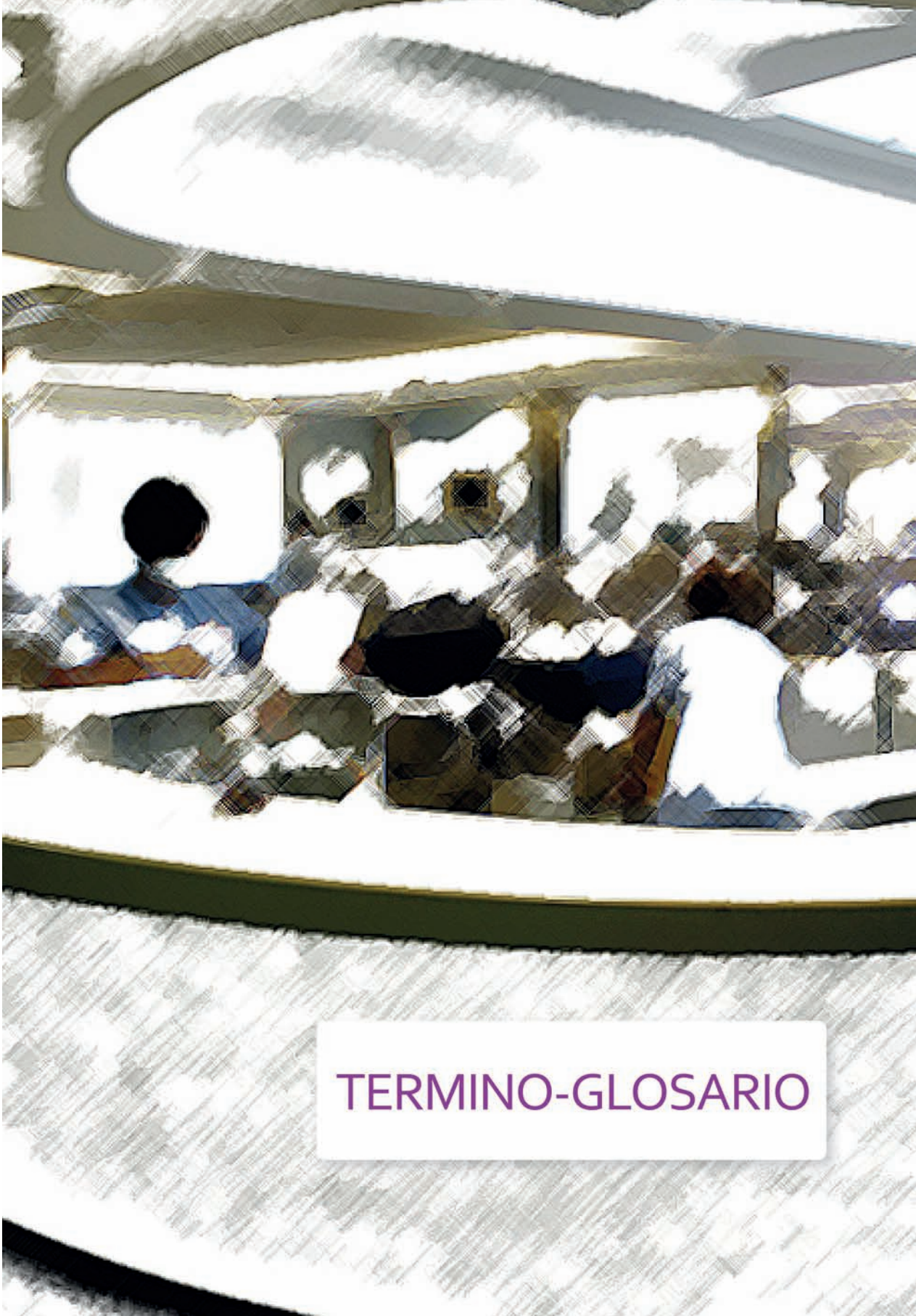
- **Barneko komunikazio-plana**, zerbitzu-erakunde bakoitzaren barruan: nagusiki lan-sistema berriak eragiten dien osasun-profesionalei, baina

baita gainerako profesionalei ere. (Profesionalen gogobetetze-inkesten emaitzak indartu egiten du komunikazio hori gauzatzeko beharra).

- **Kanpoko komunikazio-plana:** Osakidetzaz kanpoko beste agente sozial batzuentzat eta herritarrentzat oro har.

Proposatzen da Osakidetzako erakunde zentralaren eta parte hartzen duten zerbitzu-erakundeen artean adostasunez zehaztea eta gauzatzea **barneko komunikazio-plana**. Horrek kultura- eta antolaketa-aldaketak ekarriko lituzke, beharrezkoak kronikotasunaren estrategian herritarrei gaur egun sortzen zaizkien beharrei erantzuteko.

Kanpoko komunikazio-planari dagokionez, alde batetik, herritarrekiko komunikazio bat egitea proposatzen da, eta, bestetik, kanpoko esparru instituzionalarekikoa: erakunde akademikoak, profesionalak eta soziosanitarioak.



TERMINO-GLOSARIO

8. TERMINO-GLOSARIO

LMA: Lehen Mailako Arreta.

AE: Arreta Espezializatua.

IKK: Identifikazio Korporatiboko Kodea.

PROGRAMA-KONTRATUA:

POD: Pazientearen Oinarrizko Datua.

LMAT: Lehen Mailako Arretako Taldea.

OLKE: Ospitale-lotura Kudeatzeko Erizaina.

JKE: Jarraitutasuna Kudeatzeko Erizaina.

GAKE: Gaitasun Aurreratuak Kudeatzeko Erizaina.

KASUA KUDEATZEKO ERIZAINA: pertsona kalteberagoak —egoera edo patologia konplexuak dituztenak (oro har, iraupen luzekoak)— identifikatzean modu proaktibo eta koordinatuan jarduteko beharrari erantzuteko kasuak kudeatzen dituen profesionala da, ahalegina egiten duena interesatuarekin eta haren zaintzaileekin lankidetza estuan zainketak koordinatzeko eta kudeatzeko .

IP (Indize Prediktiboa): paziente bakoitzak etorkizunean izango dituen osasun-arretako beharrak laburtzen dituen neurria. Pertsona horrek hurrengo urtean kontsumitzea espero den baliabideak zati biztanleria jakin baten batezbesteko orokorra eginez lortzen da. Proiektu honetan, Euskal Herriko biztanleria hartu da kontuan.

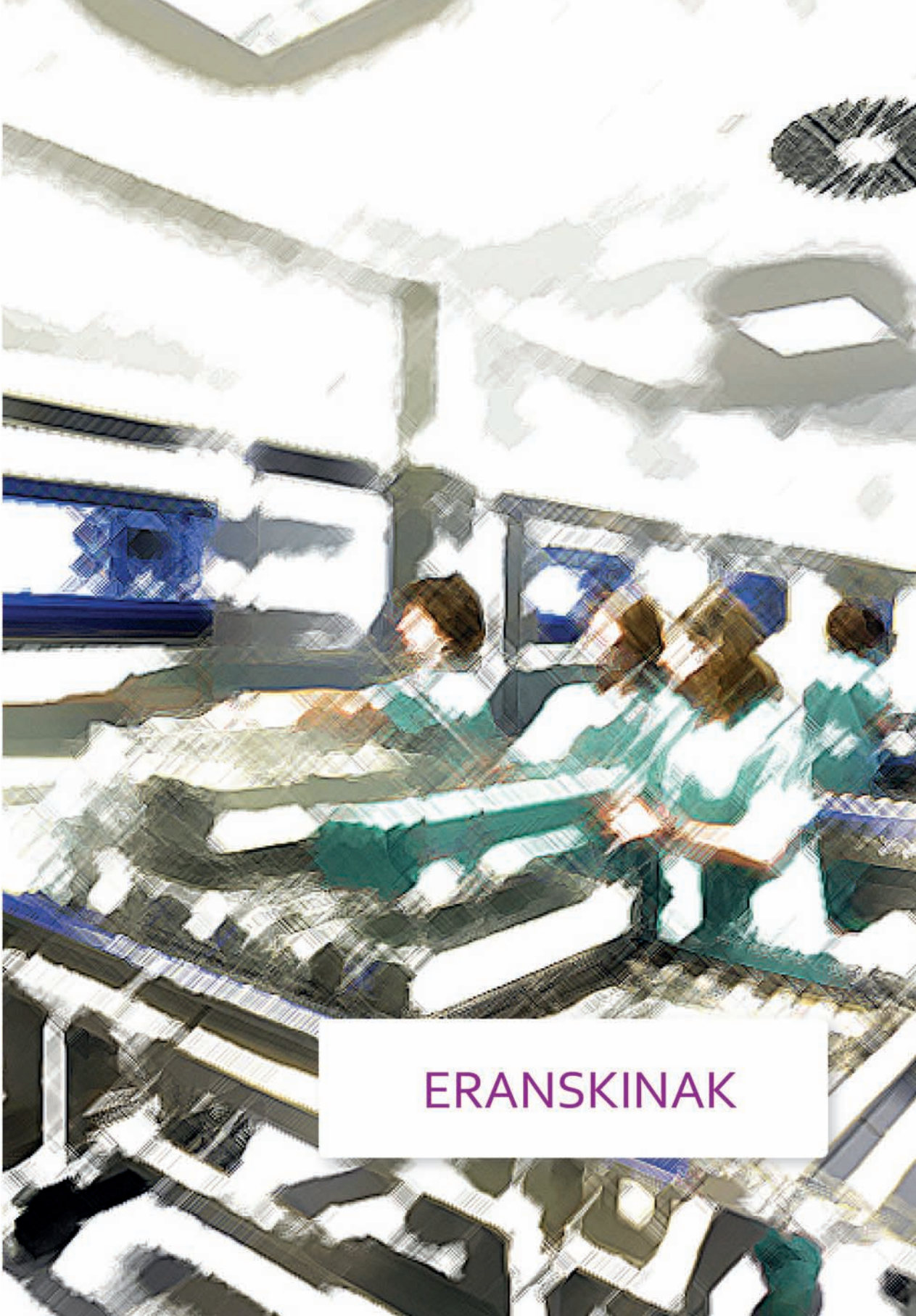
ZE: Zerbitzu Erakundea.

ZEI: Zerbitzu Erakunde Integratua.

SARTZEKO IRIZPIDEAK BETETZEN DITUZTEN PAZIENTEAK: Hautemandako pazienteak + onartzen ez duten pazienteak + sartzeko irizpideak bete ondoren kanpoan utzitako pazienteak.

HEP: Herritarrengan Eragiteko Plana.

BERROSPITALERATZEA: Lehenengo ospitaleratzean (esku hartzeko aldian) hautemandako paziente bat esku hartzeko aldian berriz ospitaleratzea.



ERANSKINAK

9. ERANSKINAK

Dokumentu honi erantsitako CDan dauden eranskinak.

I. ERANSKINA: PATOLOGIA ASKOKO PAZIENTEEN SAILKAPENA (OLLERO).

II. ERANSKINA: BENCHMARKING-A.

III. ERANSKINA: GAITASUN-ESPARRU ZABALDUA.

IV. ERANSKINA: PILOTATZEEN ESTRATEGIA: FIGUREN ETA BESTE PROIEKTU ESTRATEGIKO BATZUEKIKO KOORDINAZIOAREN FLUXU-DIAGRAMAK.

V. ERANSKINA: ADIERAZLEAK ETA METRIKAK.

VI. ERANSKINA: BERROSPITALERATZEEN ETA EGONALDIEN TASA.

VII. ERANSKINA: PAZIENTEEN GOGOBETETZE-INKESTAREN EMAITZA-TXOSTENA.

VIII. ERANSKINA: ZAINTZAILEEN/SENITARTEKOEN GOGOBETETZE-INKESTAREN EMAITZA-TXOSTENA.

IX. ERANSKINA: PROFESIONALEN BALORAZIO-INKESTAREN EMAITZA-TXOSTENA.

X. ERANSKINA: BIZI-KALITATEAREN PERTZEPZIOARI BURUZKO EMAITZA-TXOSTENA.

XI. ERANSKINA: O-SAREANEK PILOTUEI LAGUNTZEKO EGINDAKO JARDUEREN EMAITZAK.

XII. ERANSKINA: PROIEKTUAN SARTZEARI BURUZ PAZIENTEEI EMANDAKO INFORMAZIO-DOKUMENTUAK.

XIII. ERANSKINA: ERABILI DIREN GALDERA-SORTAK.

XIV. ERANSKINA: URDUÑAKO JARDUNALDIAREN TXOSTENA.