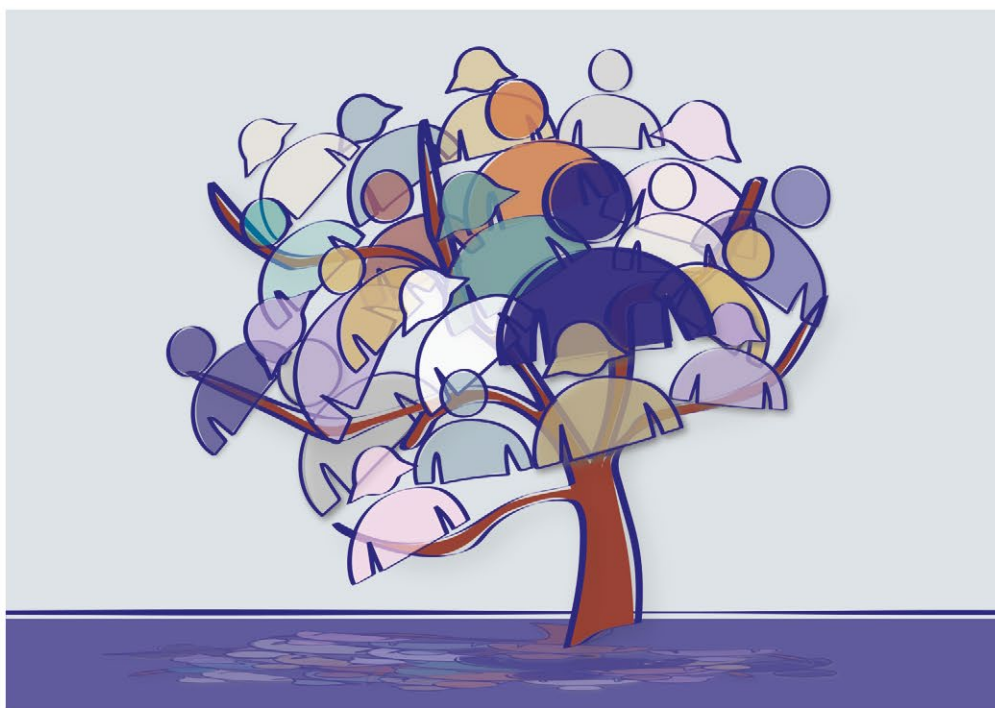


Pazientearen Segurtasunerako Estrategia 20 30





ARGITARALDIA

Lehenengoa. 2023ko apirila

EGILEA

Osakidetza. Araba kalea 45
01006 Vitoria-Gasteiz (Araba)

© Osakidetza
Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa

INTERNET

www.osakidetza.euskadi.eus

LEGE-GORDAILUA

BI 00633-2023

Aurkezpena

Pazientearen segurtasuna lehentasun ukaezina da herrialde garatueta osasun-zerbitzuetan, eta, beraz, Euskadikoan ere bai. Asistentzia sanitarioarekin lotura estua du, suposatzen baita osasun-sistemak mekanismo guztiak dituela segurtasun-gorabeherak gertatzeko probabilitatea minimizatzen. Egia esan, herritarrek onartzen dute, batetik, *primum non nocere* printzipio hipokratikoa jarduera asistentzian egiaztatzen dela; bestetik, maila arrazionalan, badakite arriskua dagoela, eta horrek ez duela indargabetzen prozesu asistentzial seguru eta gorabeherarik gabekoa izateko espektatiba logikoa.

“Pazientearen segurtasuna” edo “segurtasun klinikoa” kontzeptua berri samarra da; 2000. urtean erabili zen aurrenekoz, AEBetako argitalpen batean. Nahiz eta orain arteko bidea funtsezkoa izan, eta egindako ahaleginei esker asistentzian segurtasun-maila handia lortu, osasun-sistemak bere horretan eutsi behar dio esfortzu horri, aurrerapenak finkatzeko eta oraindik landu gabe dauden beste arlo batzuei heltzeko.

Euskadin, 2000ko hamarkadatik hona, ekimen ugari burutu dira esparru honetan. Esaterako, dokumentu honekin, hiru dira Euskadin argitaratutako estrategiak (lehenengoa 2013-2016 aldiari dagokio, eta bigarrena, 2017-2020 aldiari). Azken urteotan, profesional guztien inplikazioari esker, hainbat ekintza-ildo eta proiektu gauzatu dira, gure erkidegoan pazientearen segurtasuna hobetzen lagundu dutenak, zalantzarik gabe. Hori guztia ebaluazioetan islatzen saiatu gara. Hala ere, asistentzia sanitarioa gero eta konplexuagoa da, eta ekidin daitezkeen kalteak ez dute zertan gertatu herritarrei ematen zaien asistentzian. Horrenbestez, segurtasun-mailarik gorena bilatzeko konpromisoa hartzen dugu.

Pazientearen segurtasunaren arloko ahalegin eta lorpenek epe ertainean zein luzean iraun behar dute, eta proiektuen jarraitutasuna bermatzeak guztion lehentasuna izan behar du. Adibide gisa, azken urteotan, aurrerapenak lortu dira eskuen higie egokiari dagokionez; baina horrek ez du esan nahi lorpen horiek finkatu eta profesional guztien atxikimendua areagotzeko lanean jarraitu behar ez dugunik.

Jarraitutasuna bermatu ez ezik, azken urteotan ikasitakoa ere txertatu beharra dago: besteak beste, gure erakundeetan pazientearen segurtasunaren alorrean diharduten erreferenteei eta lantaldeetako profesionali entzun diegu; gure ikaskuntzen iturri izan dira.

Estrategia honetan, bi ekintza-ildo berri gehitu dira:

- Pazientearen segurtasuna emergentzietan.**
- Suizidioaren prebentzioa.**

Hala, bi alor horietan diharduten adituek hautemandako premiari erantzun zaio.

Beharbada, Euskadin, Pazientearen Segurtasunerako Estrategiaren balio erantsirik handiena da ahalik eta profesional gehienen parte-hartze aktiboa. Profesionalen inplikazio baliotsu hori gabe –ezinbestekoa baita segurtasunaren arloan aurrerapen zehatzak lortzeko–, ezinezkoa izango litzateke gaur egungo mailetara iristea, ezta estrategia berri hau proposatzea ere, ahalegin kolektiboaren fruitu dena.

Azkenik, Euskadiko osasun-arloko profesionalen lana aitortu nahi dut, bai eta erdi-mailako arduradunek, zuzendaritzako langileek eta pazientearen segurtasuneko erreferenteek egindakoa ere.

Miren Gotzone Sagardui Goikoetxea
Osasuneko sailburua

Aurkibidea



1. Sarrera	12
2. Estrategiaren helburuak	16
3. Ekintza-ildo korporatiboak	20
1I. Segurtasun-gorabeherak kudeatzea	21
2I. Bigarren eta hirugarren biktimei arreta ematea	29
3I. Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzea	34
4I. Pazienteek beren segurtasunean parte hartzea	39
5I. Medikazioaren kontziliazioa	45
6I. Erradiazio ionizatzalea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzea	49
7I. Transfusio-segurtasuna	54
8I. Asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak prebenitzea eta kontrolatzea	59
9I. Kirurgia segurua	77
10I. Segurtasuna haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko prozesu asistentzian	83
11I. Pazientearen segurtasuna larrialdi-zerbitzuetan	90
12I. Pazientearen segurtasuna emergentzietan	96
13I. Pazientearen segurtasuna zainketei dagokienez	101

14I. Medikazioa erabiltzearen inguruko jardunbide egokiak.....	<u>104</u>
15I. Jardunbide egokiak desnutrizio-arriskuan dauden ospitalizatutako pazienteengan.....	<u>109</u>
16I. Eragindako gernu-inkontinentzia prebenitzeko jardunbide egokiak.....	<u>113</u>
17I. Suizidioaren prebentzioa.....	<u>117</u>
4. Prestakuntza.....	<u>128</u>
5. Adierazleak.....	<u>134</u>
6. Bibliografia.....	<u>152</u>



1. Sarrera

Arreta sanitarioa diziplina anitzekoa da, espezializazio-maila handikoa, eta etengabe bereganatzen ditu aurrerapen teknologikoak eta tratamenduak. Testuinguru horretan, eguneroko lanean, pazienteen segurtasunari eragiten dioten gorabeherak gertatzen dira. Beste elementu batzuk ere badaude tartean, hala nola artatutako pertsonen berezko ezaugarriak, gauzatutako zereginak edo prozedurak, ekipamendu teknikoak eta erakundea bera.

Mende honetan, gorabehera horien kausak aztertzearen aldeko mugimendua abiarazi da. Izan ere, gorabeheren ehuneko handi bat ekidin daitekeenez, erakunde sanitarioek gertatutakoa aztertu behar dute, hortik ikasi, eta hobekuntza-planak hedatu, gorabeherak berriz gertatzeko probabilitatea murrizteko.

2000. urtean, Ameriketako Estatu Batuetako Medikuntza Institutuak (IOM) *To Err is Human: Building a Safer Health System*¹ argitaratu zuen. Liburu hori aurrerapauso handia izan zen osasun-sistemarako, bi alderdi hauek baieztatzen baitzituen: batetik, urtero, milaka paziente hiltzen zirela ospitaleetan, saihestu zitezkeen egoeren ondorioz; bestetik, profesionalek diharduten sistemek seguruagoak izan behar dutela. Horrenbestez, **pazientearen segurtasuna** lehentasuntzat jotzen da, artatutako pertsonen asistentzia sanitarioan jasaten dituzten arriskuak prebenitu eta murrizteko.

Nahiz eta profesionalen asmoa asistentzia sanitario segurua ematea izan, **segurtasun-gorabeherak** gerta daitezke zenbait egoeratan. Gorabehera horiek kalteren bat eragiten badiete artatutako pertsonen, **kontrako gertaera** deritze.

Azken urteotan, ahalegin handia egiten ari gara arreta sanitarioan, oro har, saihestu daitezkeen gorabeheren prebentzioa eta kontrola sustatzeko.

2004an, **Pazientearen Segurtasunaren aldeko Nazioarteko Aliantza**² sortzearekin batera, Osasunaren Mundu Erakundeak estrategia bat gidatu zuen nazioartean, zainketen segurtasuna hobetzeko programak garatze aldera.

Europako erakundeek elkarlanean dihardute arreta sanitarioaren eta pazientearen segurtasuna hobetzen. Europako Batzordeak, hain zuzen, estatu kideek parte hartzen duten proiektuak babesteko ekintzak gauzatzen ditu.

Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioaren barruan, Osasun Sistema Nazionaleko Kalitate Agentziak, autonomia-erkidegoekin lankidetzan, Pazientearen Segurtasunerako Estrategia abiatu zuen. Estrategia horren bidez, kontrako gertaeren maiztasuna ebaluatzeko hainbat azterlan gauzatu ziren, besteak beste:

Ospitalizazioarekin lotutako Kontrako Ondorioei buruzko Azterlan Nazionala (*Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*, ENEAS)³, eta Lehen Mailako Arretan izandako Kontrako Ondorioei buruzko Azterlan Nazionala (*Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*, APEAS)⁴.

Euskadin, **Pazientearen Segurtasunaren Estrategia 2013-2016**⁵ eta **Pazientearen Segurtasun Estrategia 2020**⁶ ditugu. Bi estrategia horietan jasotako proiektuen helburua da pazientearen segurtasuna izatea arreta sanitarioaren oinarrietako bat, eta, horrekin batera, segurtasunaren kulturari eusten laguntzea.

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren 2021-2024 aldirako Marko Estrategikoan⁷, pazientearen segurtasuna giltzarria da osasun-sistemaren jasangarritasunari begira. Hortaz, beharrezkoa da ezarritako ekintza-ildo eta proiektuen jarraitutasuna bermatzea **2021-2030 aldirako estrategia berri** baten bidez, eta etorkizuneko erronka eta lan-ildo berriak identifikatzea, asistentzia sanitarioa gero eta seguruagoa izan dadin.

Estrategia berri honi esker lanean jarraitu ahal izango dugu, kultura-aldaketa lortzeko bidean. Gorabeheren garrantzia ulertu, kausak aztertu, eta beharrezko hobekuntzak egin ahalko dira, gorabeherak berriz agertzea ekiditeko.

2. Estrategiaren helburuak

Helburu nagusia



AHALIK ETA SEGURTASUN-MAILARIK HANDIENA SUSTATZEA, ASISTENTZIA SANITARIOAN SEGURTASUN-GORABEHERAK GERTATZEKO PROBABILITATEA MINIMIZATZEKO.

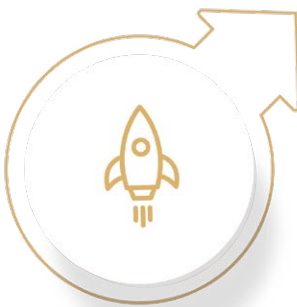
Helburu espezifikoak

01

Osakidetzako zerbitzu-erakundeetan pazientearen segurtasunaren kultura bultzatzea, eta prestakuntza eta sentsibilizazioa sustatzea, funtsezko alderdi gisa.

03

Komunikazioa eta koordinazioa sustatzea, pazientearen segurtasuna etengabe hobetzeko funtsezko elementu gisa.



02

Ekintza-ildo guztien jarraitutasuna bermatzea eta jasotako ekintza-ildo berrien garapena sustatzea.





3. Ekintza-ildo korporatiboak

EKINTZA-ILDOAK	
1I	Segurtasun-gorabeherak kudeatzea.
2I	Bigarren eta hirugarren biktimei arreta ematea.
3I	Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzea.
4I	Pazienteek beren segurtasunean parte hartzea.
5I	Medikazioaren kontziliazioa.
6I	Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzea.
7I	Transfusio-segurtasuna.
8I	Asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak prebenitzea eta kontrolatzea.
9I	Kirurgia segurua.
10I	Segurtasuna haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko prozesu asistentzian.
11I	Pazientearen segurtasuna larrialdi-zerbitzuetan.
12I	Pazientearen segurtasuna emergentzietan.
13I	Pazientearen segurtasuna zainketei dagokienez.
14I	Medikazioa erabiltzearen inguruko jardunbide egokiak.
15I	Jardunbide egokiak desnutrizio-arriskuan dauden ospitalizatutako pazienteengan.
16I	Eragindako gernu-inkontinentzia prebenitzeko jardunbide egokiak.
17I	Suizidioaren prebentzioa.

1I Segurtasun-gorabeherak kudeatzea

OINARRIAK

Asistentzia sanitarioa jarduera konplexua da, eta kontrako gertaerak (KG) jazotzeko arriskua ekar dezake, bai paziente eta senideentzat, bai profesional eta erakunde sanitarioentzat.

Estatu Batuetako Medikuntza Institutuaren (IOM) *To Err is Human*¹ txostenaren arabera, AEBetan, kontrako gertaerak izan litezke hilkortasunaren eta desgaitasunaren kausa nagusietako bat, trafiko-istripuek, bularreko minbiziak edo hiesak eragindakoen gainerik.

Kalkulatu da Europar Batasuneko ospitaleetan ingresatutakoen % 8 eta % 12 artean kontrako gertaeraren bat pairatzen dutela jasotako arreta sanitarioaren ondorioz, eta kontrako gertaeren % 50 inguru prebenitu egin zitezkeela praktika seguruak aplikatuta⁸.

Asistentzia sanitarioarekin lotuta Espainian kontrako gertaerei buruz egindako azterlanek arazoaren garrantzia berresten dute. ENEAS³ azterlanaren arabera –ospitaleak hartzen dira erreferentziatzat–, kontrako gertaeren intzidentzia % 9,3koa zen, zeinetatik % 42,8 saihesteko modukotzat jo ziren. APEAS⁴ azterlanaren arabera –Lehen Mailako Arreta hartzen da erreferentziatzat–, kontrako gertaeraren bat duten pazienteen prebalentzia % 10ekoa da, eta gertaera horietatik % 70 saihesteko modukotzat jo litezke.

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME)⁹, nazioarteko zenbait erakundek^{10, 11} eta herrialde askotako osasun-agintaritza gehienek, egoera horren aurrean, ekimenak eta gomendioak sustatu dituzte kontrako gertaerek asistentzia sanitarioan duten intzidentzia/eragina murrizteko.

Estatuan, Osasun, Kontsumo eta Gizarte Ongizateko Ministerioak, nazioarteko gomendioekin bat etorriz, Pazientearen Segurtasunerako Estrategia 2005-2013 gauzatu zuen, eta, ondoren, 2015-2020 epealdirakoa¹². Estrategia horiek Osasun Sistema Nazionalaren 2005eko Kalitate Planaren esparruan biltzen dira, eta euren lehentasunezko helburuen artean dago arriskuaren kudeaketa.

Arriskuaren kudeaketa jarduera multzo bat da, asistentzia sanitarioan gertatutako edo gerta daitezkeen arriskuak identifikatu, ebaluatu eta tratatzera bideratuta dagoena. Helburua da arrisku horiek ez gertatzea edo, hala badagokio, haien eragina ahalik eta txikiena izatea.

Hauek dira arriskuak kudeatzeko prozesua osatzen duten jarduerak^{10, 13}:

- Arriskua identifikatzea, hainbat informazio-iturriren bitartez: gorabeherak jakinarazteko eta erregistratzeko sistemak; kalitate asistentzialeko batzordeak; kexak; erreklamazioak; iradokizunak; inkestak, etab.
- Arriskua ikuspegi sistemikotik aztertu eta ebaluatzea:
 - Modu errektiboan: jada gertatu diren arriskuak eta kontrako ondorioak.
 - Modu proaktiboan: gertatu baino lehen arriskuak identifikatu eta prebenitzea.
- Hobekuntza-ekintzak planifikatu eta ezartzea.
- Ezarritako hobekuntza-ekintzak ebaluatzea eta haien jarraipena egitea.
- Profesionalei emaitzen feedbacka ematea.

Testuinguru horretan, gorabeheren berri emateko sistemak funtsezko elementu bilakatu dira arriskuak kudeatzeko prozesuan. Gorabeherak aukera bihurtzea da asmoa, alegia, ikasteko eta hobetzeko bide ematea, eta pazienteen segurtasuna hobetzen lagunduko duten jarduera zehatzak abian jarri ahal izatea.

Arriskua identifikatzeko jakinarazpen-sistemen beharra ikusi zuten zenbait erakundek, besteak beste, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) –Pazienteen Segurtasunerako Nazioarteko Aliantza– eta Erresuma Batuko Pazientearen Segurtasunerako Agentzia Nazionalak (NPSA).

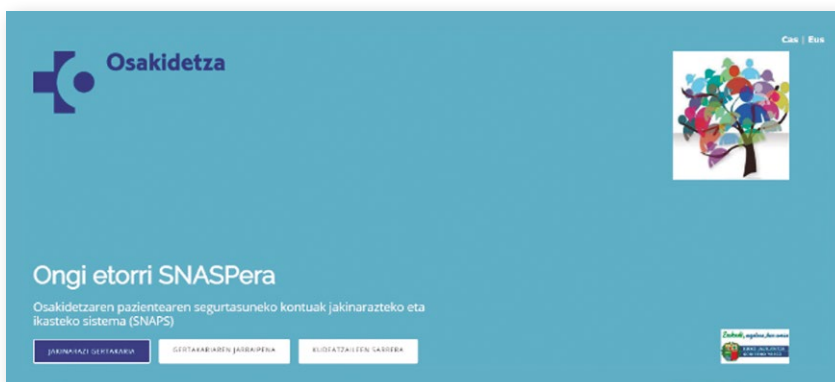
Estatuan, 2005ean, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak erregistro horien marko teorikoa eta ezaugarriak ezarri zituen, eta hainbat eguneratze txertatu¹⁴⁻¹⁷.

Gorabeherak kudeatzeko prozesuan, langileen inplikazioa ez ezik, erabiltzaile, paziente, senide eta zaintzaileen parte-hartze aktiboa ere kontuan hartu behar da, horrek aukera ematen digulako haien informazio garrantzitsuaz baliatzeko¹⁸.

AURREKARIAK

Segurtasun-gorabeherak kausa-prozesu komun bat dute, eta “kalterik gabeko” gorabeheretatik ikasiz eta sisteman defentsak txertatuz gero, kontrako gertaerak minimiza daitezke. Hori kontuan hartuta, 2012an, Osakidetzak SNASP garatu zuen, hots, Pazientearen Segurtasunaren Arloan Jakinarazpenak Egiteko eta Ikasteko Sistema¹⁹. Tresna korporatiboa da, langile guztiek –izan sanitario zein ez– kalterik gabeko segurtasun-gorabeherak denbora errealean jakinaraz dezaten. Ondoren, kudeatzaileek gorabehera horiek gestionatzen dituzte. Zerbitzu-erakunde guztietan hedatu eta ezarri da SNASP, eta erreferente bana izendatu da. Erreferenteei tresnari buruzko prestakuntza ematen zaie.

Euskadin, 2013-2020 aldirako Euskadiko Osasun Planak²⁰, Osakidetzaren proiektu estrategikoek eta 78/2016 Dekretuak²¹ berresten dute pazientearen segurtasuneko gorabehereri buruzko informazio- eta jakinarazpen-sistema bat behar dela.



1. irudia. SNASPer sartzeko pantaila.

Pazientearen segurtasunean adituak diren erakunde eta organismo gehienek gomendioei jarraituz zehaztu dira SNASP sistemaren oinarriak:

- Gorabeherak norbere borondatez jakinarazteko aukera.
- Ez da zigorrak ezartzekoa.
- Anonimoa, edo izenduna eta anonimiza daitekeena (jakinarazpenak automatikoki ezabatuko dira 7 egun igarotakoan).
- Informazioaren konfidentzialtasuna.
- Ikaskuntzarako azterketa eta ekintza-plana.
- Orientazio sistemikoa.

Arriskuaren identifikazioa indartzeko asmoz, ekintza-ildo korporatibo hau 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasunerako Estrategian gehitu zen.

Gorabeherak jakinarazteaz gain gorabeherak kudeatzeko zikloa osatu behar dela jakinda, 2017-2020 aldirako Estrategian⁶ ildo honi jarraipena eman zitzaion, “segurtasun-gorabeheren kudeaketa globala” txertatuta.

Estrategiek hartzen duten aldian, ekintza hau eker lortu da aurrerapen-maila:

KALTERIK GABEKO GORABEHERA

1. Arriskua identifikatzea

Pazientearen Segurtasunaren Arloan Jakinarazpenak Egiteko eta Ikasteko Sistemaren (SNASP) erabilera sustatu da:

- Tresnaren erabilera erraztearren, erreferenteekin adostutako hobekuntzak gehitu dira pixkanaka.
- Gorabeheren jakinarazpena sustatu da, prestakuntza-saioen bidez.

2. Segurtasun-gorabeherak kudeatzea

- Gorabeheren kudeaketari buruzko prestakuntza espezifikoa eman da.
- Gorabeheren analisisa dinamizatu da, baita hobekuntza-ekintzen proposamenak eta ekintzok ezartzeko prozesua ere.

3. Baterako ikaskuntza

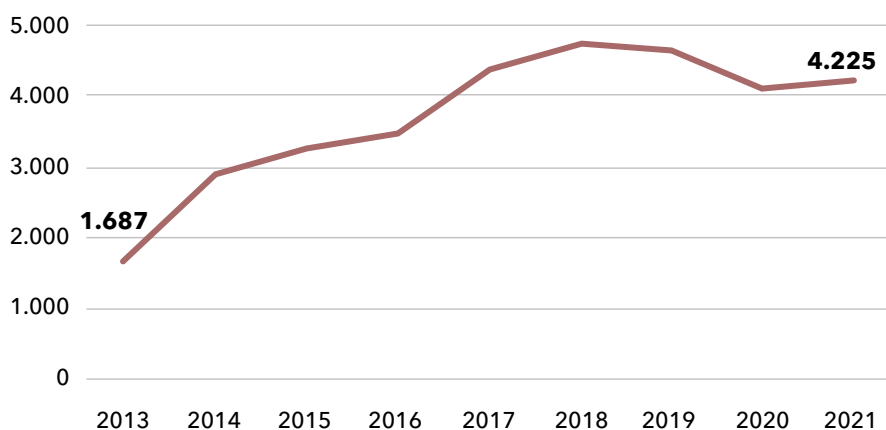
- Baterako ikaskuntza sustatu da erreferenteekin egindako aldizkako bileretan.

Lorpen hauek nabarmentzen dira:

- Kalterik gabeko gorabehera gehiago jakinarazteko joera (1. grafikoa).
- Jakinarazpen-tasaren igoera 100 profesionaleko (2. grafikoa).
- Joera positiboa, aztertutako gorabeheren ehunekoari eta ezarritako hobekuntzen ehunekoari dagokienez.

1. grafikoa.

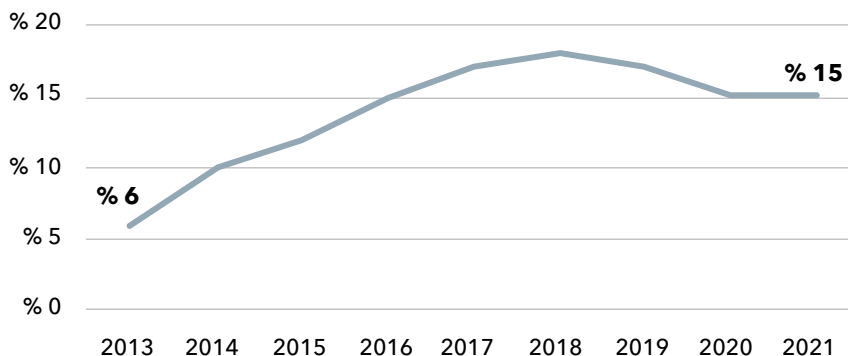
Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita daudenen kopurua.



2019an, 2020an eta 2021ean ez dira erorikoak kontuan hartu.

2. grafikoa.

Jakinarazpen-tasa 100 profesionaleko (%).



KALTEA ERAGIN DUEN GORABEHERA

1. Kontrako gertaeren kudeaketa egokia bermatzea

Segurtasun-gorabeherak jakinaraztea lehen urratsa da, gorabeheretatik ikasteko ezinbestekoa. Pazientearentzako kalterik ez dakarten segurtasun-gorabeheren kasuan, SNASPeK Osakidetza profesional guztiei bermatzen die jakinarazpenak arin eta erraz egiteko aukera. Hala ere, kontrako gertaeretatik ikastea –hots, kaltea eragin duten segurtasun-gorabeheretatik– SNASP bidez ikastea bezain garrantzitsua da.

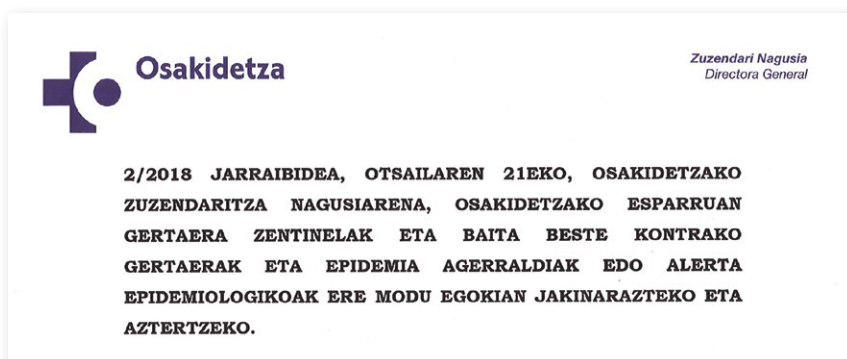
Horregatik, funtsezkoa da Zuzendaritza Nagusiaren 2/2018 Instrukzioa betetzea, informazioaren zirkuitu egokia bermatze aldera. Horrek, neurri handi batean, geroko ikaskuntzan laguntzen du, baita legezko alderdiak behar bezala kudeatzen eta litezkeen bigarren eta hirugarren biktimak prebenitzen ere.

- *Kontrako Gertaerak Kudeatzeko Gomendioen Gidaliburua*²² prestatzea eta hedatzea.
- 2/2018 Instrukzioa ematea, gertaera zelatariak eta bestelako kontrako gertaerak eta epidemia-agerraldi edo alerta epidemiologikoak modu egokian jakinarazi eta aztertzeke Osakidetzaren esparruan²³:



2. irudia. Kontrako gertaerak kudeatzeko gomendioak gidaliburua.

- Instrukzioaren ezarpenaren jarraipena eta ebaluazioa.



3. irudia. 2/2018 jarraibide, otsailaren 21eko, Osakidetza Zuzendaritza Nagusiarena.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Helburu nagusia

Segurtasun-gorabeheren inaktua eta agerpena minimizatzea.

Helburu espezifikokoak

1. Arriskuaren identifikazioa sustatzea.
2. Segurtasun-gorabeheren kudeaketa sustatzea.
3. Ikaskuntza sustatzea eta hedatzea.

EKINTZAK

1. Arriskuaren identifikazioa sustatzea:

- Profesionalei dagokienez:
 - SNASP tresna hobetzeko ekintzak ezartzen jarraitzea, jakinarazpena errazteari begira.
 - Tresna erabiltzeko prestakuntza-ekintzak dinamizatzea.
 - Sentsibilizazio-estrategiak garatzea.
- Erabiltzaile, paziente, senide eta zaintzaileei dagokienez:
 - Segurtasun-gorabeherak jakinarazteko tresnak ematea.
 - Estrategiak garatzea, gorabeherak jakinarazteko prozesuan inplikatu eta ahaldundu daitezten.

2. Segurtasun-gorabeheren kudeaketa sustatzea:

- Diziplina anitzeko segurtasun-lantaldeen sorrera bultzatzea.
- Segurtasun-batzordeak sendotu eta dinamizatzea, eta erabiltzaile, paziente, senide eta zaintzaileen parte-hartzea sustatzea.
- Arriskuak kudeatzeko prozesuari buruz profesionaleri eman beharreko prestakuntza dinamizatzea.
- Gorabeheren analisia ikuspegi erreaktibotik zein proaktibotik bultzatzen jarraitzea, baita hobekuntza-ekintzen proposamenei dagokienez ere, eta proposamen horien ezarpena eta jarraipena egitea.
- Erabiltzaile, paziente, senide eta zaintzaileek gorabeheren kudeaketan parte har dezaten sustatzea.
- Kudeatzaileek aldizka ebaluatzea jakinarazitako gorabeheren kudeaketa.
- Langileei aldian-aldian informazioa ematea jakinarazitako segurtasun-gorabehereri buruz, baita proposatutako/ezarritako hobekuntza-ekintzei buruz ere.

3. Jardunbide egokien ikaskuntza eta zabalkundea sustatzea:

- Baterako ikaskuntza sustatzea SNASPeke erreferenteekin egiten diren aldizkako bileretan.
- Ikaskuntza maila korporatiboan sustatzea, eskura dauden tresnen bidez (Osagune, etab.).
- Estrategiak garatzea, jardunbide egokiak hedatu ahal izateko (buletinak, segurtasun-alertak, etab.).
- Tokiko, Estatuko nahiz nazioarteko beste zentro batzuetan jada ezarrita dauden eta emaitza onak izan dituzten jardunbide egokien ezarpena bultzatzea zerbitzu-erakundeetan.
- Eskura dagoen ezagutza zientifikoarekin bat datozen jardunbide egokien ezarpena sustatzea.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita daudenen kopurua.
- SNASPen jakinarazita dauden kalterik gabeko gorabeheren jakinarazpen-tasa, 100 profesionaleko.
- Arriskuen kudeaketari buruzko prestakuntza jaso duten profesionalen kopurua erakundeetan.
- Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita eta aztertuta daudenen ehunekoa.
- Kalterik gabeko gorabeheren artetik (erakundeetan sortutakoak) SNASPen jakinarazita eta aztertuta daudenen eta, hala badagokio, hobekuntza-ekintzen proposamenak dituztenen ehunekoa.
- Ezarritako hobekuntza-ekintzen ehunekoa, proposamenen arabera.
- Jarraipena eginda duten ezarritako hobekuntza-ekintzen ehunekoa.
- Kalterik gabeko gorabeherak jakinarazteko sistemari buruz (SNASP) urteko txostenak egiten dituzten erakundeen ehunekoa.
- Profesionalak sentsibilizatzeko prestakuntza-saioen kopurua.
- Hedatutako jardunbide egokien kopurua (txostenak, buletinak, segurtasun-alertak, etab.).
- Kontrako gertaerak jakinarazi eta kudeatzeari buruzko 2/2018 Instrukzioa aplikatzen duten erakundeen ehunekoa.

2I

Bigarren eta hirugarren biktimei arreta ematea

OINARRIAK

Pazientearen segurtasuneko gorabeherak ezusteko eta nahi gabeko gertaerak dira, prozesu asistentzian izandako akatsak kateatzearen ondoriozkoak (sistemaren akatsak eta giza akatsak)²⁴. Zehazki, kontrako gertaerak (KG) pazienteei kaltea eragiten dieten gorabeherak dira, eta esperientzia traumatikoa dira haientzat eta haien ingurune hurbilenarentzat (“**lehen biktimak**”). Baina segurtasun-gorabehera ororen eraginpean –pazienteei kaltea eragin zein ez-, langile bat edo gehiago daude.

2000. urtean, Albert Wu-k “**bigarren biktima**” terminoa txertatu zuen honako profesional hauek aritzeko: kontrako gertaera batean parte hartzearen ondorioz traumatizatuta geratu diren profesionalak, egoerari emozionalki aurre egiteko gai ez direnak²⁵. Ondoren, kontzeptu hori zabaldu egin zen, kontrako gertaera batean parte hartzen duten profesional sanitario guztiak barne hartzeko. Kontrako gertaerak ustekabeko lesioak eta/edo akats medikoak dira, artatutako pertsonarekin lotutakoak; horren ondorioz, pertsona hori biktima bihurtzen da, gertaerak traumatizatuta uzten duelako²⁶. Termino hori duela bi hamarkadatik hona erabiltzen den arren, oraindik ere eztabaidagai dugu²⁷⁻²⁸. Hala ere, une honetan ez dago adostasunik ordezko termino batean²⁹.

Langile bat segurtasun-gorabehera baten parte bada, gertakariak ondorio batzuk eragingo dizkio, zeintzuei garaiz heldu behar zaien. Sintoma ohikoenen artean daude errua, antsietatea, nekea, kontzentrazioerik eza, lege-ondorioen beldur izatea eta gertatutakoa behin eta berriz bizitzea³⁰⁻³². Egoera horretan, bada, areagotu egiten da segurtasun-gorabeherak gertatzeko probabilitatea. Bigarren biktimei buruz gure inguruan egin den erreferentziazko azterlanak³⁰ arazoaren garrantzia islatzen du: langileen erdiek baino gehiagok segurtasun-gorabeheren eragina jasango dute, bigarren biktima diren aldetik.

Bestalde, erakunde sanitarioa –kontrako gertaera eman den lekua– “**hirugarren biktimatzat**” hartzen da. Kontrako gertaeren ondoren, erakundearen irudia kaltetu egiten da, eta ospea galtzen du herritarren artean; horrek, aldi berean, mesfidantza sortzen du erakunde sanitarioan³³. Gainera, han egiten den kudeaketaren arabera, kalteak are handiagoak izan daitezke.

Kontrako gertaera bat jazo ondoren lehen biktimei eskaini behar zaien arretari dagokionez (pazienteak eta senideak), adostasun handia dago esatean premietako bat dela informazioa jasotzea gorabeheraren inguruabar eta ondorioei buruz, bai eta hartutako neurriei buruz ere, gorabehera berriz gertatu ez dadin. Barkamena ere eskatu behar zaie³⁴⁻³⁶. Hala ere, oraindik oztopo batzuk daude, kontrako gertaeren lehen biktimekiko komunikazioa irekia eta zintzoa (*open disclosure*) izatea zailtzen dutenak, hala nola lege-ondorioen beldur izatea, entrenamendurik eza, eta erakunde sanitarioetan segurtasunaren kultura eraginkortasunez ezarri beharra³⁷.

Gure eremutik kanpo –besteak beste, Estatu Batuetan, Danimarkan, Kanadan eta Italian–, azken urteotan, zenbait lege berritu dira, kontrako gertaeren jakinarazpenarekin eta dokumentazioarekin lotutako alderdiak arautzen dituztenak. Gure inguruan, beharrezkoa da hobekuntzak inplementatzea, pazientearen segurtasunaren kultura bultzatu ahal izateko, baita lege-esparru bat ezartzea ere, kontrako gertaerak jakinarazi eta aztertzekeo prozesuan parte hartzen duten profesional guztien segurtasun juridikoa bermatzeko³⁸. Ildo horretan, Osasun Ministerioa, Asistentziaren Kalitatearen Espainiako Elkartearekin lankidetzan, ekintza-plan bat diseinatzen ari da, Estatuan pazientearen segurtasunari buruzko legeria aldatzeko proposamen bat bultzatze aldera³⁹.

Aurretik azaldutako guztiagatik, eta zero arriskua duen osasun-sistematik ez dagoela onartuta, segurtasunaren kultura sustatu behar da, kontrako gertaeran inplikaturako guztien beharren arabera erantzun protokolizatu, egoki eta eraginkorra edukitzeko. Horrenbestez, lehentasun nagusia izango da pazienteari, senideei eta profesionali arreta ematea. Profesionalen kasuan, erakundearen jarduna erabakigarria izango da kontrako gertaeraren ondorioak minimizatu eta gertatutakotik ikasi ahal izateko.

AURREKARIAK

Duela bi hamarkada eskas abiarazi ziren kontrako gertaeren aurrean laguntzeko ekimen instituzionalak. Estatu Batuetako erakunde sanitarioak aitzindariak dira arazo horri erantzuteko ekimenak martxan jartzen; besteren artean, Missouri Unibertsitatearen (*forYOU team: caring for our own*⁴⁰) eta Johns Hopkins Ospitalearen (*RISE: Resilience in Stressful Events*⁴¹) programak nabarmentzen dira.

2014an, Bigarren eta Hirugarren Biktimei buruzko Ikerketa Proiektua⁴² sortu zen Estatuan. Zortzi autonomia-erkidegotako profesionalek parte hartu zuten –Osakidetzakoak barne– eta ikerlan ugariren abiapuntua izan da, honako alderdi hauek ezagutzeko: kontrako gertaeren garrantzia, sanitarioen artean duten inpaktua, eta gertaerok egoki kudeatzeko gomendioak.

Osakidetzan, 2015az geroztik, Kontrako Gertaerak Kudeatzeko Gomendioen Gidaliburua dugu²². Gida hau zerbitzu-erakunde guztien eskura jarri zen, kontrako gertaeren aurrean erantzun egokia eman ahal izateko, eta, horrekin batera, gorabeherok paziente eta profesionalengan duten inpaktua minimizatzeko. Ondoren, eta segurtasun-gorabeherak eragin handia dutela onartuta, bigarren eta hirugarren biktimei heltzearen gaia espezifikoki jaso zen Pazientearen Segurtasun Estrategia 20 20 dokumentuan.

Ikaskuntza bermatzeko, eta kontrako gertaeren kudeaketan diharduten alderdi guztiek behar besteko informazioa izan dezaten kudeaketa eta analisi egokiak egiteko, Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiak 2/2018 Instrukzioa eman zuen²³ (Osakidetzako esparruan gertaera zelatariak eta bestelako kontrako gertaerak eta agerraldi epidemikoak modu egokian jakinarazi eta aztertzeari buruzkoa).

Bigarren biktimak artatzeko prozedura bat behar zela onartuta, lantalde espezifikoa bat eratu zen, uneren batean kontrako gertaeren kudeaketan inplikaturik egon daitezkeen zerbitzu guztiek osatua: Aholkularitza Juridikoa, Prebentzio Zerbitzua, Zuzendaritza, Gerentzia, eta pazientearen segurtasuneko erreferenteak.

Lantaldearen lorpen nagusietako bat izan da **Bigarren eta Hirugarren Mailako Biktimei Arreta Emateko Protokoloa**⁴³, segurtasun-gorabeheren ondoren biktima gehiago egotea saihesteko.

- Edozein profesional izan daiteke bigarren biktima, eta bigarren biktimek ere edozein profesionalaren laguntza beharko dute. Premisa horretatik abiatuta, protokoloa jarduketara gida bat da, Osakidetzako profesional eta kudeatzaile guztiei zuzendua.
- Kontrako gertaeren eragina minimizatu nahi bada, bereziki garrantzitsua da informazioaren kudeaketa. Horregatik, informazioaren eta komunikazioaren kudeaketa protokolizatu egin da, barne-mailan zein kanpo-mailan.
- Protokolo korporatiboa erakunde bakoitzaren ezaugarrietara egokitzeari esker, eremu espezifikoa batzuetan –hala nola Osasun Mentalean– identifikatu ahal izan da, lehen biktimaz gain, beste paziente batzuek ere



4. irudia. 2. eta 3. mailako biktimei arreta emateko protokoloa.

jasan dezaketela kontrako gertaeren eragina. Hala, bigarren biktimen kontzeptua zabalduz, lehen biktimen zaintzaile eta senideak ere bigarren biktima izan daitezke, erruduntasun-sentimenduak baitituzte segurtasun-gorabehera saihestu ez dutelako.

SARS-CoV-2 birusak eragindako pandemiaren ondorioz, aurrekaririk gabeko egoera bizi izan dute osasun-sistemek, eta covid-19a pairatu duten pazienteen arretan inplikaturako profesionalak bigarren biktimatzat hartu behar izan dira⁴⁴. Krisiak honako hau nabarmendu du: osasun-sistema osoak aldi berean pazientearen eta langileen segurtasuna hartu behar du kontuan, asistentziarekin lotutako kaltea murrizteko⁴⁵⁻⁴⁶. Osakidetzako profesionalak jasandako presioaren ondoren, 2020ko martxoan, Osasun Mentaleko Aholku Batzordearen koordinaziopean, Osakidetzako paziente, senide eta profesionalai laguntza emozionala emateko programa korporatiboa⁴⁷ jarri zen martxan, Osasun Mentaleko Sarearen eta akutuen ospitaleetako psikiatria-zerbitzuen eskutik.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Pazientearen Segurtasunerako Estrategia 20 30 delako honetan, helburu hauek planteatzen dira bigarren eta hirugarren biktimei heltzeko:

- Kontrako gertaeren bigarren eta hirugarren biktimei arreta sistematizatua eta protokolatua ematea, gertaera horien inpaktua minimizatzeke.
- Erakundeetan segurtasunaren kultura sustatzea, zigorrik gabeko segurtasun-politikaren alde eginez.
- Erakundeko profesional guztiak trebatzea, bakoitzaren profil profesionalaren arabera, lehen eta bigarren biktimei arreta egokia emateko kontrako gertaera baten ondoren.
- Informazioaren kudeaketa egokia sustatzea kontrako gertaera baten ondoren, gorabeherak lehen, bigarren eta hirugarren biktimengan duen eragina minimizatzeke.

EKINTZAK

- Berariazko lantalde korporatiboa bultzatu eta hari jarraipena ematea, ekintza-ildo honen garapen eta jarraipenerako.

- Bigarren eta Hirugarren Mailako Biktimei Arreta Emateko Protokoloaren ezarpen-maila ebaluatzea.
- Informazio-sistema bat garatzea, kontrako gertaeren bigarren biktima izateko arriskuan dauden profesionalak eta protokolo korporatiboaren eraginkortasuna identifikatzeko.
- Profesionalak sentsibilizatzea eta haiei prestakuntza ematea, profil profesionalen beharrak eta ezaugarriak kontuan hartuta (protokolo korporatiboan ezarritako bigarren biktimei laguntzeko zirkuluak).
- Kontrako gertaerak egoki dokumentatu eta jakinarazten direla bultzatzea.
- Langileen trebetasunak hobetzea, kontrako gertaerak jakinarazteari dagokionez.
- Eremu espezifikotan esku-hartzeak zehaztea (adibidez, Osasun Mentalean), eremuon ezaugarriak direla-eta beharrezkoak izan baitaitezke esku-hartze horiek.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Bigarren eta Hirugarren Mailako Biktimei Arreta Emateko Protokoloa ezarri eta/edo egokitu duten erakundeen ehunekoa.
- Kontrako gertaerek profesional eta erakundeengan duten eraginari buruzko sentsibilizazio- eta prestakuntza-ekintzak egin dituzten erakundeen ehunekoa.
- Kontrako gertaera larrien edo gertaera zelatarien kopurua, erakunde bakoitzean kontrako gertaerak kudeatzeko lantaldeak egindako txostenaren bidez jakinarazitakoei dagokienez.
- Bigarren biktimei arreta emateko protokoloa aplikatu zaien kontrako gertaeren ehunekoa, jakinarazitakoei dagokienez.

3I Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzea

OINARRIAK

Pazienteak desegoki identifikatzeak akats eta konplikazio ugari eragiten ditu arreta sanitarioan, eta arriskutsua da pazienteen segurtasunerako.

Eremu asistentzial guztietan izaten dira pazienteak identifikatu eta egiaztatzeko arazoak, prozesu asistentzialaren edozein puntutan gertatutako akatsekin zerikusia dutenak.

Akatsok maiz lotzen dira honako hauekin: medikazioa ematea, odol eta hemoderibatuen transfusioak, proba diagnostikoak, ebakuntzak, etab. Gainera, dokumentazio klinikoan edo bestelako dokumentuetan ere egon daitezke akatsak, hala nola artatutako pazienteari, lagin biologikoei eta proba diagnostikoei buruzko informazioa jasotzen duen edozein dokumentutan. Horrek guztiak oso akats larriak eragin ditzake pazienteengan⁴⁸⁻⁴⁹.

Espanian, Ospitalizazioarekin lotutako Kontrako Ondorioei buruzko Azterlan Nazionalaren arabera (ENEAS)³, gorabeheren % 2,75ek diagnostikoarekin edo proba diagnostikoekin du zerikusia (esaterako, pazienteak identifikatzean edota laginen etiketatzean akatsak gertatzea); gainera, kasuen % 84,2 ekidin zitezkeen.

Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak argitaratutako txostenak, bestalde, 2019an SiNASPen jakinarazitako segurtasun-gorabeherak jasotzen ditu⁵⁰, bai ospitaleetan, bai Lehen Mailako Arretako zentroetan gertatutakoak. Gorabehera motei dagokienez, ondorioztatu da pazienteen identifikazioarekin lotutako gorabeherak ospitaleetan jakinarazitako guztien % 12,6 eta LMAn jakinarazitakoen % 13 direla. Bi kasuetan, ehuneko horiek hirugarren tokian daude, medikazioarekin lotutako gorabeheren (ohikoenak) eta antolaketaren/baliabideen kudeaketarekin lotutakoen atzetik.

Testuinguru horretan, pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko jarduerak ezartzea proposatu da nazioartean zein Estatuan, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME)⁵¹ eta Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioaren 2015-2020 aldirako Pazientearen Segurtasunerako Estrategiak¹² dioten legez.

Pazienteak egoki identifikatzeko prozesuan, langileak kontuan hartzeaz gain, garrantzitsua da artatutako pertsonen inplikazio aktiboa⁵¹.

AURREKARIAK

Nola 2013-2020 aldirako Euskadiko Osasun Planean²⁰, hala Osakidetzaren ildo estrategikoetan⁵², alderdi hau hobetzeko ekintzak planteatu dira.

Horrenbestez, pazienteak okerrrik egin gabe identifikatzea sustatze aldera, ildo hau ekintza-ildo espezifiko gisa jaso zen Osakidetzaren 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasunerako Estrategian, eta jarraipena eman zitzaion 2020 Estrategiaren bidez Pazientearen Segurtasunerako Estrategiaren bidez⁵⁻⁶.

Ekintza hauei esker lortu da bi estrategia horien aurrerapen-maila:

1. Pazienteen identifikazio fisikoa:

- Identifikazio-eskumuturrekoa.

- Ospitalizazio- eta larrialdi-zerbitzuetan pazienteen identifikazio fisikorako sistemak homogeneizatze aldera, identifikazio-eskumuturrekoa sortu eta ezarri zen maila korporatiboan. Eskumuturreko mota hauek daude: helduentzat, adingabeentzat, jaioberrientzat, eta amarentzako eta



5. irudia. Paziente helduaren eskumuturrekoa.

- jaioberriarentzako kita (JB). Horrek aurrerapauso handia ekarri du pazienteen identifikazio fisikoa; izan ere, aplikazio informatikoei eskatzen duten informazioa eskumuturrekoan jasotzen denez, pazienteak nor diren egiaztatzeko prozesua hobe daiteke.
- Gerora, hobekuntzak txertatu dira eskumuturrekoetan, paziente eta profesionalen beharrak aintzat hartuta. Ondorioz, zerbitzu-erakundeetan, pazienteen ia-ia % 100i egiten zaie identifikazio egokia.

- Ospitalizatutako pazienteak identifikatzeko prozedura korporatiboa prestatu, hedatu eta ezartzea. Prozedura berrikusketa-fasean dago une honetan, zerbitzu-erakundeetako arretagune guztietara zabaltzea baita asmoa (ez ospitale-eremura soilik).
- Ospitalizatu gabeko pazienteak identifikatzeko jardunbide egokien gida.
- Kartel espezifikoak egin eta erakunde guztietan banatzea, paziente zein profesionali gogorarazteko beharrezkoa dela osasun-sistemeekin edozein harreman duten guztien identitatea berrestea.



6. irudia. «Erabiltzaileen identifikazioa» kartelen irudia.

2. Pazienteen identitatea egiaztatzea aplikazio informatiko korporatiboan

- Datu-base korporatiboetarako jardunbide egokiak hedatzea, historia klinikoetan bikoiztasunak kudeatu eta ezabatzeari dagokionez.
- Aplikazio informatiko korporatiboetako erabiltzaileei alta eta baja ematean segurtasuna hobetzeko gomendioak.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Helburu nagusia

Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzean egin litezkeen akats kopurua murriztea Osakidetzako arreta sanitarioko eremu guztietan.

Helburu espezifikoak

1. Osasun-sistemeekin edozein harreman duten pazienteak egoki identifikatzeko beharra sustatzea.
2. Mekanismoak ezartzea honako paziente hauek okerrik egin gabe identifikatzeko: batetik, ospitalizatu gabeko pazienteak, eta, bestetik, prozedurak, diagnostikoak edo tratamendu inbaditzaileak jasotzen ari direnak (endoskopiak, bronkoskopiak, medikuntza nuklearra, hemodialisia, erradioterapia, etab.).
3. Identifikazio-akatsak prebenitzea lagin biologikoetan, odol eta hemoderibatuen transfusioetan eta medikazioa ematean.
4. Osasun Mentaleko Sareko egonaldi ertain-luzeko unitateetan pazienteak okerrik egin gabe identifikatzea sustatzea.
5. Langileen konpromisoa indartzea, pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeari dagokionez.
6. Paziente, senide eta zaintzaileen parte-hartzea sustatzea, bai identifikazio-prozesuan, bai dokumentazio klinikoan jasotako identifikazio-datuak egiaztatzean.

EKINTZAK

1. Osakidetzaren arreta-zentroetan pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura korporatiboa prest edukitzea, zabaltzea eta ezarri dadin sustatzea.

2. Paziante hauek okerrik egin gabe identifikatzeko sistemak estandarizatzea: batetik, ospitalizatu gabekoak, eta, bestetik, prozedurak, diagnostikoak edo tratamendu inbaditzaileak jasotzen ari direnak (endoskopiak, bronkoskopiak, medikuntza nuklearra, hemodialisia, erradioterapia, etab.).
3. Identifikazio- eta trazabilitate-akatsak prebenitzea lagin biologikoetan, odol eta hemoderibatuen transfusioetan eta medikazioa ematean:
 - Lagin biologikoei eta transfusioei dagokienez:
 - Prozedura korporatibo bat garatu, hedatu eta ezartzea, prozesuaren etapa guztietan nabarmendu diren jardunbide egokiak jasotzen dituen.
 - Identifikazio-akatsak murrizten laguntzeko sistema elektronikoen erabilera sustatzea.
 - Medikazioa emateari dagokionez:
 - Identifikazio-akatsak murrizten laguntzeko sistema elektronikoen erabilera sustatzea.
4. Laguntza teknologiko hauen balorazioari berrekitea eta estandarizazioa proposatzea: Osasun Mentaleko Sareko egonaldi ertain-luzeko unitateetako pazienteak egoki identifikatzean akatsak egiteko arriskua murrizten lagun dezaketen tresnak, pazienteentzat inolako estigmatik ez dakartenak.
5. Pazienteen identitatea bermatzeko neurrien ezarpenari berrekitea arreta-eremu guztietan.
6. Osasun-sistemarekin edozein harreman duten guztiak identifikatzearen garrantziari buruzko kartelak berrikusi eta eguneratzea.
7. Prestakuntza- eta sentsibilizazio-ekintzak gauzatzea, pazienteak okerrik egin gabe identifikatu edota egiaztatze prozesuan parte hartzen duten profesionalentzat.
8. Paziente, erabiltzaile, senide eta zaintzaileak identifikazio- eta egiaztapen-prozesuan inplikatzera bideratutako ekintzak gauzatzea.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita eta pazienteen identifikazioarekin lotuta dauden ehunekoak.
- Ospitalizazioan behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoak (identifikazio korporatiboko eskumuturrekoak dutenak).
- Larrialdietan behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoak (identifikazio korporatiboko eskumuturrekoak dutenak).
- Eguneko ospitalizazioan (medikoa/kirurgikoa) behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoak (identifikazio korporatiboko eskumuturrekoak dutenak).
- Egonaldi ertain-luzeko ospitalizazio psikiatrikoko zentroetan behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoak.
- Behar bezala identifikatutako ospitalizatu gabeko pazienteen ehunekoak, proba diagnostiko edota tratamendu inbaditzaileen zain dauden pazienteen artetik (erradioterapia, hemodialisia, endoskopiak, etab.).
- Lehen Mailako Arretan behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoak.
- Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura korporatiboa ezarri duten erakundeen ehunekoak.
- Medikazioa hartu behar duten pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura ezarri duten erakundeen ehunekoak.
- Okerrik egin gabe identifikatzeko prozesuan, paziente, erabiltzaile, senide eta zaintzaileak inplikatzera bideratutako ekintzak gauzatu dituzten erakundeen ehunekoak.

4I Pazienteek beren segurtasunean parte hartzea

OINARRIAK

Erakunde sanitarioak eta hango profesionalak pazienteekin, senideekin eta zaintzaileekin lankidetzan estuan ari badira, sistema seguruagoa izango da eta artatutako pertsonen osasun-esperientzia eta -emaitza hobekiago lortuko dituzte⁵³⁻⁵⁶.

Horretan oinarrituta, pazienteek osasun-sistemaren bi eremutan parte har dezakete. Batetik, artatutako pertsonen aktiboki parte har dezakete prozesu asistentzian eta beren osasunarekin lotutako erabakiak hartzeko prozesuan. Izan ere, profesionalen eta pazienteen arteko harreman asistentziala ulertzeko modu berri bat da, prozesu terapeutikorako onuragarria izan daitekeena⁵⁷. Bestetik, paziente, senide eta zaintzaileen inplikazioa dago, asistentziaren segurtasuna hobetzeko aukera gisa: arriskuak eta arriskuok minimizatzeke hesiak identifikatu ditzakete, eta segurtasun-gorabeherak kudeatu⁵⁸.

Pazienteek beren segurtasunean inplikatzeko erroka bat da; hau da, ikuspegi osoa eta orekatua behar da, pazientearen eginkizuna txertatzen eta indartzen duena, ahaztu gabe osasun-sistema bera dela asistentziaren arduradun nagusia. Funtsean, herritarren esperientziak eta gaitasunak aitortu, indartu eta aprobetxatzean datza, osasun-sistemaren segurtasuna hobetzen laguntzeko.

Badira zenbait arrazoi justifikatzeko zergatik beharrezkoa den pazienteek beren segurtasunaren alde inplikatzeko. Besteak beste, pazienteek ezagutzen dituzte ondoen euren sintomak eta tratamenduekiko erantzunak; beraz, sintomaren bat aldatzen denean edo tratamenduren batek kontrako erreakzioa eragiten dienean, pazienteak dira hori detektatzen lehenak. Era berean, osasun-sistema gero eta konplexuagoa denez, batzuetan zaila da maila edo eremu asistentzialen arteko koordinazioa; esaterako, gerta daiteke artatutako pertsonen beren prozesuari buruzko ikuspegi globalagoa eta osoagoa izatea, arreta ematen dieten langileek baino. Pazienteek dute interes handiena beren ongizateari eta prozesuaren emaitzei buruz; haien adorea eta erresilientzia, gainera, sanitarioen taldearen akuilu izan daitezke. Horregatik, parte-hartze aktiboari esker, segurtasun-hesi bihurtu daitezke, eta asistentzia sanitarioan sortzen diren akatsetako batzuk saihesten edota garaiz antzematen lagun dezakete.

Pazientearen segurtasuna hobetzeko lanean diharduten erakunde guztiak ados daude: pazienteek beren segurtasunean parte hartzea eta inplikatzeko funtsezko estrategietako bat da asistentzia sanitarioari lotutako kalteak prebenitzeko. Alderdi

hori islatzen da, hain zuzen ere, haien ekintza-plan eta segurtasun-programetan^{12, 59}. Alabaina, pazienteen inplikazio eraginkorra errealitatetik urrun dago oraindik ere⁶⁰, zenbait arlotan oztopoak identifikatu baitira (antolamenduzkoak, kulturalak, jarrerazkoak, etab.), sistemaren beraren nahiz sistema osatzen duten langileen ezaugarriei eta artatutako pertsonen dagokienez⁶¹⁻⁶³. Horregatik, beharrezkoa da lanean jarraitzea, hots, pazienteen parte-hartzea eta lankidetzaren babestu eta bultzatuko duen kultura sortzea. Asmoa da laguntza-egiturak eta -politikak sustatzea eta, horrekin batera, pazienteen inplikazioa beren behar, lehentasun eta gaitasunen arabera dela ziurtatzea⁶⁴.

Pazienteak, pixkanaka, gero eta gehiago inplikatu beharko dira: prozesu asistentzian gertatzen diren akatsak detektatu eta jakinaraziko dituzte, haien ikuspegia txertatuko dute segurtasun-politika eta -estrategiak zehazteko prozesuan, eta segurtasun-gorabeherak aztertu eta kudeatzeko taldeetan sartuko dira.

Gaur egun, pazienteen konpromisoa eta ahalduntzea dira, behar bada, haien segurtasuna hobetzeko tresnarik onenak. Paziente, senide eta zaintzaileen ikuspegia bakarra eta baliotsua da, hau da, osasun-sistemako gainerako eragileek ezin dute haien ikuspegia ordeztu, ezta errepikatu ere.

AURREKARIAK

Euskadin, Antolamendu Sanitarioaren Legeak dio herritarren parte-hartzea dela euskal osasun-sistema publikoaren printzipio eratzailerako bat. Halaber, Euskadiko Demokraziari eta Herritarren Parte-hartzeari buruzko Liburu Zuriak⁶⁵ azpimarratzen duenez, beharrezkoa da herritarrek zerbitzu publikoen diseinuan parte hartzea, bereziki, osasunaren esparruan. Hori guztia prebentzioaren eta osasunaren kulturaren alde egiten duen kalitatezko osasun-sistema finkatu dadin. Zehazki, pazientearen segurtasunaren eremuan, gure erkidegoan, maiatzaren 17ko 78/2016 Dekretuak xedatzen du segurtasun-planak eta gorabeherak jakinarazteko sistemak ezarri behar direla, bai eremu publikoan, bai pribatuan. Euskadiko osasun-zentro eta zerbitzu sanitarioetan arreta jasotzen duten pazienteen segurtasun-neurriei buruzko dekretuak hauxe dio, hitzez hitz: *“Pertsona orok, izan osasun-zentroko profesionala izan erabiltzailea, nahi izanez gero, eman ahal izango du osasun-laguntzako segurtasunarekin zerikusia duten kalterik gabeko gertaera mota guztien berri, sistema erabiliz”*²¹.

Hala, paziente, senide eta zaintzaileen inplikazioa funtsezko elementua da Osakidetzako pazientearen segurtasuna hobetzeko. Horregatik, ekintza-ildo espezifikotzat hartu zen Pazientearen Segurtasunaren Estrategia 2013-2016 dokumentuan, baita jarraipena ematen dion Pazientearen Segurtasun Estrategia 20 20 delakoan ere. Hauek dira aurrera eramandako ekintza nagusiak:

- 2015ean, bost arrisku-arlotara bideratutako sentsibilizazio-kanpaina bat diseinatu eta hedatu zen, herritarrak kontzientziarazteko zeinen garrantzitsua den haien segurtasunaren alde egin dezaketen lana. Ekimen berritzailetzat jo zuten gure inguruan, herritarrak beren segurtasunean inplikatzeari dagokionez.
- 2016an, lantalde korporatibo bat eratu zen, honako hauek osatua: pazientearen segurtasunaren alorreko langile adituak, Integrazio Asistentzial eta Kronikotasun Zerbitzuko profesionalak (ekintza-ildo honek Osasun Eskolarekin eta Paziente Bizia programarekin duen loturagatik), eta Bioef Fundazioko profesionalak (eskarmentua baitute herritarrak osasunaren eremuan inplikatzekeo proiektuak gauzatzen). Ondoren, beste zerbitzu korporatibo batzuetako profesionalak sartu dira lantaldean (adibidez, Komunikazioa, Parte Hartu eta Herritarren Partaidetza), baita pazienteak eta pazienteen elkarreetako ordezkariak ere.
- Lantalde horren hausnarketatik abiatuta, herritarren sentsibilizazioa eta prestakuntza sustatzen jarraitzea adostu zen, pazientearen segurtasunari dagokionez. Izan ere, herritarren partaidetza eta inplikazioari esker, segurtasunak hobera egin dezake erronka berriei ekin aurretik. Helburu horrekin diseinatu zen “Har ezazu parte zure segurtasunean” kanpaina.

Kanpaina hedatzeko gakoetako bat komunikazio-estrategia izan da, liderrekin elkarlanean gauzatu dena: kanpainak presentzia handiagoa izan du komunikabideetan, eta, gainera, ekintza proaktiboak gauzatu dira, besteak beste, Osakidetzako profesionalen, Medikuntzako eta Erizaintzako graduetakoa ikasleen, udalen, Farmazialarien Elkargoen eta Pazienteen Elkarteetan lankidetzari esker.

Kanpainaren dibulgazio-ekintza gehienak Pazientearen Segurtasunaren Nazioarteko Egunaren harira egin dira (irailaren 17a), 2018an eta 2019an antolatutako Osakidetzako Pazientearen Segurtasunaren Astearen barruan, hain zuzen. Hala ere, emandako gomendioen garrantzia eta ateporalitatea kontuan hartuta, helburua da kanpainaren mezuak haratago zabaltzea, aste jakin batera soilik mugatu gabe.



7. irudia. «Parte hartu zure segurtasunean» kanpainaren kartela.

Pazienteen inplikazioa –gure osasun-sisteman segurtasuna sustatzeko zeharkako eta funtsezko eremu gisa– gainerako ekintza-ildoetan ere kontuan hartzen da. Ildo

horietako bakoitzean biltzen diren ekintzen bidez, halaber, pazienteak, senideak eta zaintzaileak beren segurtasunaren alde inplikatzeko lortu nahi da.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Helburu nagusia

Paziente, senide eta zaintzaileen partaidetza sustatzea, osasun-sistemaren segurtasuna hobetze aldera.

Helburu espezifikoak

1. Paziente, senide eta zaintzaileei ematen zaien prestakuntza hobetzea, eta haiek gehiago sentsibilizatzea segurtasunarekin lotutako funtsezko alderdietan.
2. Paziente, senide eta zaintzaileen gaitasunak indartzea, segurtasun-hesi izan daitezen osasun-sistemarekin dituzten harremanetan.
3. Paziente, senide eta zaintzaileek prozesu asistentzian detektatzen dituzten arrisku-egoeren eta segurtasun-gorabeheren komunikazioa erraztea.
4. Pazienteek segurtasun-gorabeheren analisian parte har dezaten eta hobetzeko neurriak proposa ditzaten sustatzea, segurtasun-gorabeherak gertatu ondoren.
5. Pazienteek beren segurtasunaren inguruko prozesu eta politiketan parte har dezaten sustatzea.

EKINTZAK

Helburuok lortzeko, lantalde espezifiko bat bultzatu eta koordinatzeaz gain, ekintza hauek planteatzen dira aldi estrategiko berri honetarako:

1. Paziente, senide eta zaintzaileentzako prestakuntza eta sentsibilizazio-jarduerak, haien segurtasunean parte har dezaten sustatzeko:
 - Paziente, senide eta zaintzaileentzako prestakuntza- eta sentsibilizazio-ekintzak gauzatzea, osasun-arretarekin lotutako arriskuei eta arriskuok nola saihesteari buruz.
 - Zerbitzu-erakundeetan herritarrei eskaintzen zaizkien prestakuntza-ekintzak eta ekimenak maila korporatiboan heda daitezen bultzatzea.

- Segurtasunaren arloko prestakuntza-programak bultzatzea, paziente, senide eta zaintzaileentzat.
 - Pazientearen segurtasunari buruzko informazioa jasotzea pazienteei harrera egiteko planetan, baita paziente, senide eta zaintzaileei zuzendutako beste material batzuetan ere.
 - Komunikazio-estrategiak diseinatzea, mezuak erakundearen baliabideetan eta komunikabideetan ahalik eta gehien zabaltzeko.
 - Pazientearen segurtasunari buruzko alderdiak bestelako programa eta plataforma korporatiboetan sar daitezen sustatzea (Paziente Bizia, Osasun-karpeta, etab.).
 - Komunitateko eragileekin aliantzak sortzea eta ezarrita dauden sareak identifikatzea (pazienteen elkarteak, tokiko osasun-sareak, etab.).
 - Paziente, senide eta zaintzaileak beren segurtasunean inplikatzeko prozesuak eta prozesuon eragina ebaluatzea, arrakastak ezagutzeko, hobekuntzak identifikatzeko eta pazienteen partaidetza berresteko.
2. Paziente, senide eta zaintzaileen gaitasunak indartzea, segurtasun-hesi izan daitezen osasun-sistemarekin dituzten harremanetan:
- Pazienteek aurkeztutako keak eta erreklamazioak segurtasun-gorabeheren informazio-iturri gisa erabiltzea.
 - Hobetzeko iradokizunetan pazienteek emandako informazioa baloratzea, eta segurtasun-gorabeherak minimizatu ditzaketen hesiak txertatzea.
 - Pazienteek beren prozesu asistentzian segurtasunari buruz duten pertzepzioa ezagutzea (gogobetetasun-inkestak, inkesta espezifikoak, etab.).
3. Pazienteek gorabeheren jakinarazpenean, analisisian eta kudeaketan parte hartzea, haien ikuspegia eta esperientziak gehituta:
- Mekanismoak garatzea, herritarrek gorabeherak jakinarazi ahal izan ditzaten.
 - Pazienteek erakundeetako segurtasun-batzordeetan edo segurtasun-taldeetan parte-hartzea sustatzea, gorabeherak kudeatzeko.
 - Elkarrekin harremanetan jartzeko bideak ezartzea, haien proposamenak txertatzeko.

- Feedbacka ematea, egindako ekarpenei esker ezarri diren hobekuntzen inpaktuari buruz.
4. Herritarrak inplikatzeari, eta, horrekin batera, pazientearen segurtasunarekin lotutako prozesu eta politiketan parte har dezaten bultzatzea:
- Pazienteak beren segurtasunari buruzko foro eta jardunaldietan sartzeari.
 - Pazienteek beren segurtasunaren inguruko lantaldeetan parte har dezaten sustatzea.
 - Pazienteen elkarrekin eta beste interes-talde batzuekin aliantzak sustatzea, baterako ekintzak garatzeko.
 - Pazienteen parte-hartzea babesteko estrategiak identifikatzea.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Beren harrera-planak berrikusi eta haietan segurtasun-alderdi jakin batzuei buruzko informazioa gehitu duten erakundeen ehunekoa.
- Pazienteek berriaz zuzendutako segurtasun klinikoari buruzko sentsibilizazio- eta prestakuntza-ekintzak egin dituzten erakundeen ehunekoa.
- Pazienteen elkarrekin edo bestelako taldeekin aliantzak ezarri dituzten erakundeen ehunekoa, pazientearen segurtasuna hobetzeko baterako ekintzak garatze aldera.
- Pazientearen eta Erabiltzailearen Arreta Zerbitzuetako (PEAZ) profesionalen berriaz zuzendutako pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza-saioak egin dituzten erakundeen ehunekoa.
- Segurtasun-batzordeetan eta/edo pazientearen segurtasunaren alorreko lantaldeetan pazienteak gehitu dituzten erakundeen ehunekoa.
- Segurtasun-gorabeheri buruzko informazio-iturri izan daitezkeen kexak eta erreklamazioak tratatzeko prozedura adostua egotea.
- Segurtasunaren ikuspegitik aztertutako kexen eta erreklamazioen kopurua, segurtasun-gorabeheri buruzko informazioa dutelako.
- Paziente, senide eta zaintzaileek eskura edukitzea gorabeherak jakinarazteko programa/kanal bat.
- Komunikazio-kanal espezifikoaren bidez pazienteek jakinarazitako segurtasun-gorabeheren kopurua.

5I Medikazioaren kontziliazioa

OINARRIAK

Medikazioaren kontziliazioa prozesu formal eta protokolizatua da; hau da, artatutako pertsonak alde aurretik hartzen zituen medikamentuen zerrenda osoa eta zehatza lortzean datza, trantsizio asistentzial baten ondoren preskribatu zaion medikazioarekin konparatzeko. Asmoa da kontziliazio-akatsak detektatu eta ahalik eta lasterren zuzentzea⁶⁶.

Medikazioaren kontziliazio-prozesuaren helburua da medikazio-akatsak prebenitzea, artatutako pertsonak hartzen dituzten medikamentuak sistematikoki ebaluatuz eta arreta berezia jarritz trantsizio asistentzialetan⁶⁷. Asistentzian medikazio-akatsak badaude, baliteke pazienteen morbimortalitatea areagotzea, ospitaleko ingresuak luzatzea, eta, ondorioz, kostu ekonomikoak handitzea⁶⁸. Hauek dira medikazio-akats ohikoenak: medikaziorik ez ematea; medikazioaren komisiorekin lotutako akatsak; medikazioa okerreko pertsona bati ematea; kontrako ondorioei edo alergia ezagunei lotutako akatsak; kontziliazio-arazoak, eta medikamentuak bikoiztea⁶⁹.

Trantsizio asistentzialetan gertatzen diren medikazio-akatsen buruz Espainian egindako azterlanek, gainera, arazoren garrantzia berretsi dute: pazienteen % 86,8k ere izan dezake kontziliazio-akatsen bat ospitalean ingresatuta dagoela, eta % 63k, altan. Zenbat eta medikamentu gehiago hartu eta patologia kroniko gehiago izan, hainbat eta handiagoa izango da akatsak gertatzeko arriskua⁷⁰.

Nazioarteko hainbat erakundek gomendatzen dute prozesu hau, besteak beste, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁷¹, National Quality Forum (NQF)⁷² eta Joint Commission⁷³ erakundeek eta Osasunaren Mundu Erakundeak (OME). OMEk *Medication Without Harm* erronka aurkeztu du, *Global Patient Safety Challenge* (GPSC) delakoaren esparruan. Horrenbestez, medikazioaren segurtasuna hobetzeko jarduerak ezartzea gomendatzen du, lehentasunezko hiru arlotan: trantsizio asistentzialak, polimedikazio desegokia eta arrisku handiko egoerak. Helburua da medikamentuek eragin ditzaketan kontrako gertaerak % 50 murriztea 5 urtean⁷⁴.

Estatuan, Osasun Sistema Nazionalaren 2015-2020 aldirako Pazientearen Segurtasunerako Estrategiaren barruan, medikamentuaren erabilera segurua sustatzea da “Praktika kliniko seguruak” ildo estrategikoaren helburuetako bat. Bereziki, patologia kronikoa duten paziente polimedikatuei eta arrisku handiko pazienteei zuzenduta dago, eta inplikaturako pertsona guztien lankidetzat eskatzen du (pazienteen ardura duten profesionalak, pazienteak, zaintzaileak, komunitateko farmazia, etab.)¹².

Medikazioa kontziliatzeko programek agerian utzi dute gai direla justifikatu gabeko desadostasunak % 42-90 murrizteko, eta medikazioarekin lotutako kontrako gertaerak % 15-18⁷⁵ murrizteko. Era berean, kontrako gertaeraren bat eragin dezaketen medikazio-akatsak % 50⁷⁶ gutxitzea lortzen da.

Historia farmakologikoa ahalik eta onena bada, are hobea izango da medikazioaren kontrola eta berrikusketa. Akats horiek goiz detektatzeko, funtsezkoa da pazienteek eta zaintzaileek tratamendua berresteko prozesuan parte hartzea⁶⁶. Medikazioa kontziliatzeko prozesua egokia izan dadin, garrantzitsua da medikamentuekin lotutako historia ona izatea ingresuaren unean, eta medikazioaren kontziliazioa egokia izatea ingresuak dirauen bitartean. Hauek dira kontziliazio zehatzagoa ahalbidetzen duten beste elementu batzuk: pazientearen altaren ostean sanitarioen artean ematen den komunikazioa, artatutako pertsonaren heziketa, eta jarraipen egokia egitea⁷⁷. Hainbat azterlanek Farmaziako taldeen funtzioa nabarmentzen dute, medikazioa kontziliatzeko prozesuen aitzindariak baitira. Ondorioztatu da medikazioarekin lotutako kontrako gertaera kopurua gutxitu egiten dela ospitaleko altaren ondorengo segidako bisitetan, larrialdi-zerbitzuetara egindako bisitetan eta ospitaleko berringresuetan⁷⁷⁻⁸¹.

Trantsizio asistentzialetan, medikazioaren kontziliazioa garrantzitsua da pazientearen segurtasunerako, eta horregatik hain zuzen jaso da Osakidetzaren Pazientearen Segurtasunerako Estrategiaren ildo-estrategiko gisa.

AURREKARIAK

2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasunerako Estrategian, bi ikuspegitatik heldu zitzaion medikazioaren kontziliazioari: batetik, Presbiden –medikamentuak preskribatzeko tresna informatiko korporatiboa– hobetu beharreko alderdien identifikazioa, jakinarazpena eta jarraipena egin zen, medikazioaren kontziliazio-prozesua errazteko, eta, oro har, segurtasuna hobetzeko; bestetik, medikazioa kontziliatzeko programa korporatiboa gauzatu zen.

Presbideren erabilerari buruzko jardunbide egokien dekalogo bat definitu zen. Bertan, jardunbide egoki hauek jasotzen dira, besteren artean: historia farmakoterapeutikoa berrikustea eta eguneratuta edukitzea; artatutako pertsonari galdetzea haren ohiko medikazioan egindako azken aldaketei buruz; hartzen ari den tratamenduari buruz pazienteak dituen zalantzak argitzea; alergia, intolerantzia edo kontrako ondorioen aurrekariak kontuan hartzea, eta aurretiko medikazioaren zerrenda osoa baloratu eta orri farmakoterapeutikoarekin alderatzea, trantsizio asistentzial bakoitzaren ondoren.

Lan-ildo honen esparruan, PaSQ proiektuan parte hartzeko aukera izan genuen (*European Union Network for Patient Safety and Quality of Care*). Ekimen kooperatibo horren xedea da pazientearen segurtasuna sustatzea Europar Batasunaren

eremuan, bai eta estatu kideen zein asistentziaren kalitaterekin eta pazientearen segurtasunarekin lotutako bestelako elkarte interesdunen artean esperientziak trukatzeari, pazienteen partaidetzari arreta berezia eskainita.

2012ko apirilean abiatu zen, zazpi lan-paketetan antolatuta (*Work Package* edo *WP delakoak*). WP5 paketea, hain zuzen, pazientearen segurtasunean jardunbide egokiak ezartzera bideratuta zegoen, eta medikazioaren kontziliazioa izan zen jardunbide lehenetsietako bat. 2013ko azarotik 2014ko urrira bitartean ezarri ostean, luzapen-aldi bat adostu zen.

Proiektua amaitutakoan, medikazioa kontziliatzeko programa korporatiboa definitzeari ekin zitzaion berriro, PaSQ proiektuarekin ikasitakoa aprobetxatuz.

2020ko Pazientearen Segurtasunerako Estrategian, lan-ildo hau beste ikuspegi batekin birplanteatu, eta lantaldea berregituratu zen.

Nahiz eta programa korporatiboa garatzeke egon, erakundeetan medikazioa kontziliatzeko lanean jarraitu da. Aipatu beharra dago erakunde batzuen eta besteen artean ezberdintasunak daudela xede-populazioei, kontziliazioa egiteko uneei eta emaitzen neurketari dagokienez.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Medikazioa kontziliatzeko programa korporatibo bat garatzea, Farmazia Zerbitzuarekin eta Kalitate eta Informazio Sistemen Zuzendariordearekin lankidetzan, zeinetan trantsizio asistentzialen puntu kritikoak ezartzen diren.

Medikazioa kontziliatzeko programa korporatiboa hedatzea Osakidetzako zerbitzu-erakunde guztietan.

EKINTZAK

Proposatutako helburuak lortzeko, honako ekintza hauek mahaigaineratu dira:

- Zuzendaritzak inplikatzeari erabakiak hartzeko prozesuan, baita medikazioa kontziliatzeko programen lidergoan ere.
- Lehen Mailako Arreta eta Arreta Espezializatua inplikatzeari kontziliazio-programetan, integrazio asistentzialaren esparruan.
- Diziplina anitzeko eta zentro anitzeko lantaldeak berregituratzea, medikazioa kontziliatzeko programa korporatiboaren garapenari berriro ekiteko.

- Kontziliazio-lanak erraztuko dituzten eta erakunde guztietara hedatu daitezkeen tresna informatikoak identifikatzea.
- Lehentasuneko esku-hartzea behar duten trantsizio asistentzialak adostu eta definitzea, batez ere ospitaleko ingresu eta altei dagokienez.
- Altaren ondoren medikazioaren berrikusketa egituratua eta pazienteen jarraipena egiten dela bermatzea, Lehen Mailako Arretako profesionalekin elkarlanean.
- Medikazioa kontziliatzea, bai ospitaleko altan, bai Lehen Mailako Arretan eta zentro soziosanitarioetan egiten den jarraipenean, larrialdi-zerbitzuetan edo kanpo-kontsultetan arreta jaso ondoren.
- Pazienteak, senideak edo zaintzaileak medikazioa kontziliatzeko prozesuan sartzea, eta medikazioaren zerrenda eguneratua eskura izan dezatela, asistentzia sanitarioa eskatzen duten guztietan eraman dezaten.
- Zereginetarako behar adina giza baliabide bideratzea, bakoitzari funtzio espezifikoak eta erantzukizunak esleitzea, eta jarduerarako egokia den prestakuntza ematea.
- Ekintza-ildo honen ebaluazio-adierazleak berrikustea, datuen bilketa homogeneizatzeko eta analisi global, adierazgarri eta egokia egiteko, gerora ondorioak atera ahal izateko.
- Aldian-aldean ebaluatzea kontziliazio-prozesuaren ezarpen-maila eta eragina, pazientearen segurtasuna hobetzeari dagokionez.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

Informazio-bilketa eta jarraipena homogeneizatzeko, adierazle hauek planteatzen dira:

- Medikazioa kontziliatzeko programa bat izatea, berrikusita eta eguneratuta, pazienteek eremu asistentzial batetik bestera egiten dituzten trantsizioetarako.
- Medikazioa kontziliatuta duten pazienteen ehunekoa, xede-populazioari dagokionez (adierazle hau banakatu ahal da, kontziliazioa egiten den unean kontuan hartuta: ingresua, alta, lekualdatzea).
- Justifikatu gabeko desadostasun kopurua (adierazle hau banakatu ahal da, kontziliazioa egiten den unean kontuan hartuta: ingresua, alta, lekualdatzea).

6I Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzea

OINARRIAK

2010az geroztik, Osakidetzan, erradiazio ionizatzailea darabilten proben erabilera optimizatzeko ekintzak gauzatzen ari dira. Proben erabilera arrazionalizatza bideratu dira ahaleginak; esaterako, preskribatzaileak nahiz erradiologoak babes erradiologikoaren arloan sentsibilizatu dira, eta paziente bakoitzak metatutako dosiei buruzko informazioa eman zaie.

Gure inguruan, herritarren babes erradiologikoaren printzipioak legez araututa daude, honako hauen bidez: 2013/59/Euratom Zuzentaraua, 1976/1999 Errege Dekretua, 783/2001 Errege Dekretua, 1439/2010 Errege Dekretua, 815/2001 Errege Dekretua eta 601/2019 Errege Dekretua. Erradiazioekiko esposizio medikoa justifikatzeko premia azpimarratzen dute araudiok, sintomarik ez duten pertsonen kasuan ere bai. Nabarmentzen dute, halaber, komeni dela baldintza zorrotzagoak jartzea pazienteei eman beharreko informazioan, erregistroan eta prozedura medikoen dosien jakinarazpenean, bai eta diagnostikoa egiteko dosien erreferentzia-mailen erabileran ere⁸²⁻⁸⁷.

Arriskua gutxitzea lehenetsua da erradiazioaren eraginarekiko kalteberagoak diren biztanle taldeentzat, hots, pediatriako populazioarentzat eta haurdunentzat. Erradiazio-dosi gehiago igortzea dakarten probak eskatu eta egiterakoan, bereziki kontuan izan behar dira ordenagailu bidezko tomografia axialak (OTA) edota erradiologia interbentzionista, kasurako.

Erradiazio ionizatzailea darabilten probak lehen lerroko diagnostiko-tresna dira egungo eredu asistentzian. Baina horrek ere arriskua dakarrenez, arrisku hori minimizatzeko printzipioa gailendu behar da, betieren proba horien onurak galtzerik jarri gabe.

Arriskua minimizatzeko printzipio horrek bi oinarri ditu:

- Proba bakoitza zein egoeratan egiten den zentzuz hautatzea, hau da, proba egitea behar bezala justifikatuta egotea.
- Erabilitako dosia optimizatzea, lortutako informazio diagnostikoa nahikoa izan dadin, artatutako pertsonari beharrezkoa ez den dosirik eman gabe.

Eskuragarri dugun ebidentziak agerian utzi digunez, bizitzan zehar erradiazio-dosiak metatzeak arriskuak dakartza. Hori dela-eta, diagnosia egiteko nahikoa kalitate duten irudiak bilatu behar dira, proba egitean igorritako erradiazio-dosiak zainduta, betiere. Hala, erradiodiagnostikoko ekipamenduetan egindako azken aurrerapenei esker, dosiak % 20 eta % 50 bitartean gutxitu daitezke.

Azaldutako guztia abiapuntu hartuta, erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten probek berekin duten arriskua minimizatuko bada, honako alderdi hauek izan behar dira kontuan kudeaketa egokia izan dadin:

- Behar legez justifikatutako probak egitea.
- Erradiodiagnostikoko ekipamenduetan egindako aurrerapenez baliatzea.
- Protokoloak indikazio klinikora eta aztertu beharreko pertsonaren adinera eta pisura egokitzea, aldakortasuna saiheste aldera.

AURREKARIAK

Pazientearen Segurtasunaren Estrategia 2013-2016 eta Pazientearen Segurtasun Estrategia 20 20 delakoetan ekintza-ildo espezifikoak gehitzeari esker, bultzada gehigarria eman zaio erradiazio ionizatzailea darabilten proben erabilera optimizatzeari.

2013–2016 ALDIRAKO EKINTZAK

- Erradiazio ionizatzaileen erabilera pazientearen segurtasunari buruzko lehen lantalde korporatibo erreferentea sortzea.
- “Erradiazio ionizatzaileen erabilera optimizatzeako proiektua pediatrian” informazio-faszikulua egin eta banatzea.
- Pediatria-zerbitzuetan proba erradiologikoak justifikatzeko beharrari buruzko sentsibilizazio-saioak egitea.
- Hidrozefaliaren tratamenduan berrikusketa egin ondoren, dosiak doitzeari dagokionez Bilbo-Basurtuko ESIan egindako protokoloen optimizazioa.



8. irudia. Pediatrian erradiazio ionizatzaileen erabilera optimizatzeako proiektua.

- OTA proba ezberdinen dosi-adierazleen erregistroa txertatzea historia kliniko elektronikoa (Osabide Globaleko historia dosimetricoa).
- Proben dosiei buruzko datuak ustiatzeko sistema txertatzea, erradiologia-eta erradiofisika-zerbitzuetako profesionalek erabil dezaten.
- Estatuan, Osasun, Kontsumo eta Gizarte Ongizate Ministerioaren (MSCBS) proiektu baten pilotajea parte hartu du Ezkerralde-Enkarterri Gurutzetako ESIak, erradioterapia-zerbitzuetan arrisku-matrizea garatzeko (MARR).

2017-2020 ALDIRAKO EKINTZAK

- Erreferentziarako lantaldeak sortzea zenbait zerbitzuetako profesionalekin (Erradiodiagnostikoa, Erradioterapia eta Medikuntza Nuklearra).
- Zerbitzu-erakundeetan sentsibilizazio-saioak egitea zenbait zerbitzuetako profesionalentzat (Erradiologia eta Pediatria) eta bestelako preskribatzaileentzat.
- Mamografietan erabilitako dosiak iraultzea Osabide Globaleko historia dosimetricoa.
- Ebakuntza aurreko erradiologia eskatzeko irizpideekin lotutako praktika klinikoa egokitzea.
- Azeleragailu lineal berriak ezartzea (2018-2020) Ezkerralde-Enkarterri-Gurutzetako, Donostialdeko, Arabako eta Bilbo-Basurtuko ESIetan.
- Arrisku-matrizea garatzea Donostialdeko ESIko Erradioterapia Zerbitzuan (MARR), *BOTTON UP* proiektu gisa, asistentzia sanitarioaren kalitatea eta segurtasuna hobetze aldera.
- Erradiologia interbentzionistarako katalogo korporatiboa gauzatzea.
- Ezkerralde-Enkarterri Gurutzetako ESIko Larrialdi Zerbitzuan eta Erradiodiagnostikoko Zerbitzuan pilotajea egitea, OTAren indikazioei, justifikazioari eta datuak aplikazio informatikoa jasotzeari dagokienez.

Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzea ildo garrantzitsua da oraindik ere, 20 30 Estrategian garatu beharrekoa. Osakidetzak arreta berezia eskaintzen dio arlo honi, kontuan hartuta istripuzko esposizio medikoak etengabeko kezka-arrazoia direla, eta babes erradiologikoa printzipioak arautzen dituen legean garatu eta jasotzen direla.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

- Erradiazio ionizatzaileek eragindako kontrako gertaeren detekzioa eta prebentzioa sustatzea.
- Adingabe zein helduengan erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzeko ekintzak sustatzea.
- Erradiazio ionizatzailea darabilten probak egiteko protokolo espezifikoak adostu eta aplikatzea erakunde osoan, aldakortasuna saiheste aldera.
- Historia dosimetrokoan metatutako datuak ustiatzea, behar den erradiazio-dosia modu eraginkorrean doitzearen.

Jarraian, Erradiodiagnostikoko, Erradioterapiako eta Medikuntza Nuklearreko zerbitzuetan gauzatu beharreko zenbait ekintza jasotzen dira:

- Esposizio medikoak justifikatzeko irizpideei dagokienez, Erradiodiagnostikoko, Erradioterapiako eta Medikuntza Nuklearreko unitate asistentzialen kalitatea bermatzeko programetan jasota egon beharko dira, baita erradiologia interbentzionistako prozedurak egiten dituzten beste unitate asistentzial batzuen programetan ere.
- Zenbait zerbitzutako profesionalekin sortutako erreferentziatzko lantaldeei jarraipena ematea (Erradiodiagnostikoa, Erradioterapia eta Medikuntza Nuklearra).
- Kontrako gertaerei eta gertakari zelatariei buruzko ikaskuntza partekatua sustatzea erakundeen artean.
- Irudi bidezko diagnostikoko probak egoki eskatzeko jarraibideen gida ezarri, prestatu eta hedatzea.
- Pazienteei alde aurretik informazioa ematea erradiazio ionizatzaileak erabiltzen dituzten prozedurekin lotutako arriskuei buruz (ahozko/idatzizko baimen informatua, eta jarduerak historia klinikoan erregistratzea).
- Preskribatzaileei ematen zaien informazioa hobetzea, artatutako pertsonen proba diagnostikoen bidez benetan jasotzen dituzten dosiei dagokienez.
- Emandako dosiak jasotzea Erradiologia Interbentzionistako, Erradioterapiako eta Medikuntza Nuklearreko zerbitzuen historia dosimetrokoan.

- Jarraipen-protokoloak ezartzea, erradiazio-dosi altuak jaso dituzten pazienteen segimendurako (proba diagnostikoetarako eta erradiazio ionizataile bidezko tratamenduetarako prozedura interbentzionistetan jasotako erradiazio-dosiak).
- Profesionalei prestakuntza ematea, ezagutzak eguneratzeari, segurtasunaren kulturari eta komunikazio-teknikei buruz.
- Aldian-aldian ekipamenduaren egokitzapena berrikustea, prozedura diagnostikoetan ahalik eta erradiazio ionizataile txikiena bermatzeko, baita erradioterapian banaketak optimizatzea ere.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

Prozesuko adierazleak neurtuko dira, Erradiodiagnostikoko, Erradioterapiako eta Medikuntza Nuklearreko zerbitzu bakoitzean kalitate-auditoriak egin ondoren. Pazientearen segurtasunaren arloko emaitza-adierazleek honako hauekin dute zerikusia: zerbitzu-erakunde bakoitzaren segurtasun-gorabeherak, kontrako gertaerak eta gertakari zelatariak.

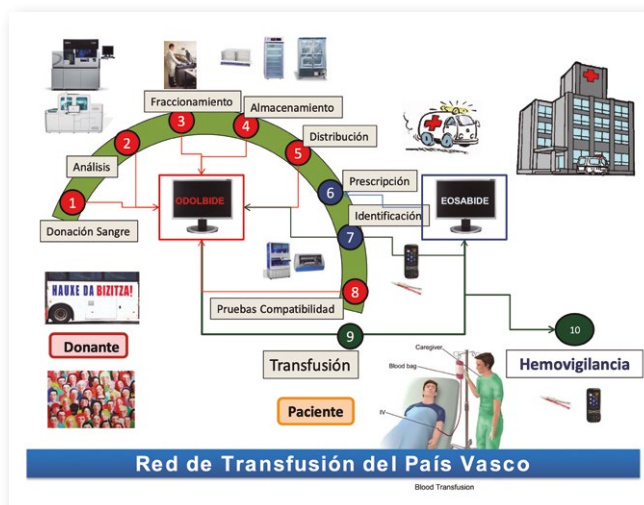
7I Transfusio-segurtasuna

OINARRIAK

Pazientearen segurtasunerako aurreko estrategietan zehaztutako ildo estrategiko hau jasotzearen justifikazioa ez da gehiegi aldatu. Aldaketa txikiak jazo dira odol-osagaien donazioan zein transfusioan, zio hauek direla-eta batik bat: biztanleria zahartzea; globalizazioak emaitzen hautespenean izandako ondorioak, edota hartzaile-profila aldatu izana, asistentzia sanitarioan teknologia eta ezagutza hobetzeagatik. Euskal Autonomia Erkidegoan, odola edo ehunak emateak eta odol-osagaiak, ehunak edo zelulak hartzeak/ inplantatzeak 100.000 lagun ingururi eragiten die oraindik urtero. Halako produktuak kudeatzeak erkidegoko osasun publikoan duen eragina are handiagoa da, hedatzen ari diren infekzioak agertzeagatik edota hurbiltzeagatik, Zikako edo Mendebaldeko Niloko birusa, adibidez. Produktu horien hartzaileek unean-unean jasan litzaketan gorabeherak eta kontrako ondorioak ebaluatzen jarraitzen dugu. Hala bada, haien presentziaren berri ematen dugu, eskualdeko, Estatuko eta nazioarteko zirkuituen arabera, bai eta efektuok murrizteko neurriak hartu ere, hala nola emaitzak zehaztasun handiagoarekin, eta prozesamendua, analisia eta banaketa egokiak izatea. Gorabeherarik usuenak agente infekziosoen transmisioarekin (globalizazioaren eta bidaiatzeko erraztasunaren ondorioz, edozein agerraldi epidemiko mundu-alerta bilaka daiteke erraz) eta immunitate-istripuekin erlazionatuta daude. Baina ez da ahaztu behar laginak, pertsonak eta dokumentuak identifikatzean segurtasun-neurriak ez betetzeak –transfusioaren edota inplante-prozeduraren edozein urratsetan daudela ere– gero eta arrisku handiagoa dakarrela.

Hori dela medio, azken urteotan transfusio-prozedura korporatibo bat gauzatu da, jada ezarrita dagoena. Prozedurak honako hauek hartzen ditu: transfusiorako laborategiko ekipamenduen automatizazio baliokidea; baterako informazio-sistemak ezartzea, informazio garrantzitsua berehala egon dadin eskuragarri zentro guztietan; azken belaunaldiko teknologiak txertatzea identifikazio-faseetan, eta odol-osagaien eskabide elektroniko lagundua Osabide Globalen txertatzea eta abian jartzea, preskripzio-prozedura hobetze aldera. Prozeduraren hurrengo zatia datozen bi urteetan gehituko da; funtsean, OBI (Oracle Business Intelligence) teknologia ezartzean datza, transfusio-indikazioak hobeto ezagutu eta gure ospitaleen artean benchmarking prozesuak hasteko tresna gisa, transfusioen kalitatea hobetzeko eta osagaien eskuragarritasuna optimizatzeko⁸⁸.

Argi dugu oso garrantzitsua dela emaileengan kontrako ondorioak saihestea; halakorik agertzeak edo behar ez bezala kudeatzeak, izan ere, donazio-sistemarekiko mesfidantza eragin dezake. Horregatik, segimendu-prozedura pertsonalizatu bat dago ezarrita, gure osasun-langileek kasu guztietan eta gorabehera konpondu arte jarraitu behar dutena.



9. irudia. Odol-transfusiorako prozesu komuna Transfusio eta Giza Ehunen Euskal Zentroan.

AURREKARIAK

Giza jatorriko odol-substantziak lortu eta erabiltzean segurtasun-neurriak berrikustea eta berriak eranstea 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 (etengabe eutsi behar zaio kontzeptu horri, horren unibertsalizazioa arriskuan jar dezaketen alarmak agertzen baitira etengabe); emaileak hautatu ondoren berrikusketa kliniko-epidemiologiko jarraitua egiteko neurriak, gaixotasun infekziosoak prebenitzen eta kontrolatzen diharduten Europako erakundeen bitartez; agente infekziosoak antzemateko (horiek zuzenean eta zeharka antzemateko azken teknologiak) eta lortutako osagaien errendimendua eta egokitasuna neurtzeko kontrol analitikoak egitea; GMP (*Good Manufacturing Practice*) produktuak ondo ekoizteko neurriak hartzea, edota gure zentro guztien jardueretan kalitate-sistema bat ezartzeko beste edozein neurri hartzea. Egun, industria farmazeutikoan indarrean dauden antzeko ekoizpen- eta ikuskaritza-neurriak ezartzeari buruzko Europako zuzentarau berriaren transposizioaren zain gaude.

Aurreko estrategiek ziotenaren arabera, neurri horiek guztiak Europako eremuan indarrean dauden arau eta estandarretan definituta daude, ondasunen eta pertsonen mugimendu askea egia bihurtu delako European; beraz, erakundeak

behartuta daude produktu horiek osasun publikoaren arloan sartzera eta nazio mailaz haraindi ere kontrolatzera⁸⁹⁻⁹². Horiek horrela, hemozaintza- eta biozaintza-programak funtsezkoak dira gaur egun Europar Batasunaren estatu kide guztiek erabaki komunak eta espezifikoak har ditzaten eta guztiek erabakiok ezagut ditzaten. Aurreko paragrafoan aipatu bezala, 2021eko bigarren seihilekoan Europako legeria berrikusteko prozedurari ekin zitzaion, eta hurrengo urteetan Estatuko araudietan txertatu beharko da.

EGUNGO GARAPENA

Euskal Autonomia Erkidegoko Hemozaintza Sistemaren aurreko urteetako jardueraren analisitik, ondorio hauek atera daitezke oro har:

- Erkidegoaren 23 ospitaleetatik (publiko zein pribatu) 400 bat txosten erregistratu dira batez beste. Horietako gehienak arinak dira, eta ez dute ondorio nabarmenik hartzaile eta emaileen osasunerako.
- Ospitaleek agintaritza eskudunak ezarritako formularioen eta Europar Batasuneko argibideen arabera azaldu behar dituzte beren jakinarazpenak. Gorabeherarik ez badago ere horren berri emango da, sistema indarrean eta operatibo dagoela bermatze aldera.
- Azkenaldian ez da transfusio bidezko birus-, parasito- edota bakterio-transmisio kasurik berretsi. Hala ere, horrek ez du esan nahi gertatu ezin direnik; beraz, erne egon beharko da, eta trazabilitatea bermatzeko neurriak muturreraino eramango dira.
- Orain arte, jakinarazitako kasu gehienak “ia gorabeherak” izan dira, eta arrazoi ohikoenak lagin-erazketa edo pazienteak identifikatzea izan dira. Duela gutxi kontu hori minimizatzen bideratutako sistema teknologikoak ezarri direnez gero, halako gorabeherak nabarmen murriztu direla berretsi da. Sistema horiei esker, gainera, aurretik detektatu gabeko beste gorabehera batzuk erregistratu dira.
- Nolanahi ere, nahitaezkoa da “ia gorabeherak” diren kasuak jakinaraztea eta erregistratzea; izan ere, konplikazioak sortu aurretik antzematen direnez, gerora transfusioan kontrako gertaeraren bat eragin dezaketen prozesuko urratsak aurrez aztertu eta zuzendu daitezke. Orientagarriak dira, halaber, ospitaleko ohiko prozedura jakin batzuen kalitateari dagokionez.
- Sanitarioen prestakuntza eta transfusio-prozesuaren informatizazioa (alertak edota preskripzioa bera txertatzea historia kliniko elektronikoan) lagungarriak dira pazientearen segurtasuna hobetzeko eta osagaiak hautatzean giten diren akatsak murrizteko.

- Antzeko ezaugarriak dituzten ospitaleek informazio desberdina bidaltzen jarraitzen dute transfusioen ondorio kaltegarriari buruz; beraz, pentsa daiteke erreakzio kaltegarriak desberdin identifikatzen direla, edo ez direla jakitera ematen. Alderdi hori nabarmen murriztu da, orain arte aipatu ditugun baterako teknologiak errutinaz erabili baitira.
- Sare pribatuko ospitaleen parte-hartze handiagoa lortu behar da, bai eta hemozaintza-sistemaren komunikazio eta informazio hobea ere. Hartara, helburua da datozen urteotan zentro guztiek parte har dezaten baterako informazio-sistemetan, benetako transfusio-ekitate unibertsala erdiestearren.

HELBURUAK

1. Hautaketa-irizpideak aldi berean behin eguneratzea, erkidegoko aldaera epidemiologikoen eta demografikoen arabera. Osasun Saileko Osasun Publikoko Zuzendaritzarekin elkarlanean, eta Europar Batasunaren European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) zentroak aldi berean egindako dokumentuekin bat.
2. Gaixotasun infekziosoen transmisioaren hondar-arriskua gutxitzea, emaile seguruak fidelizatuz eta markatzaileen detekzioan sentikortasun handieneko teknologia automatizatuak erabiliz: birus- eta parasito-serologia, birus-detekzio genomikoa, bakterio-detekzioa, etab. Hauek dira zerikusia duten agenteak: BHB, CHB, GIB, HTLV I eta II, *Treponema pallidum*, *Trypanosoma cruzi*, paludismoa, Mendebaldeko Niloko birusa edo zitomegalobirusa. E hepatitisaren birusaren egoera ere zaindu behar da.
3. 2020ko uztailean patogenoak murrizteko teknikak abian jarri ziren (amotosaleno eta argi-irradiazio bidezko tratamendua). Horri esker, plaketen bidez infekzioak transmititzeko arriskua are txikiagoa izango da.
4. Immunitate-istripuak gertatzeko arriskua minimizatzea, emaileak eta osagaiak behar bezala sailkatuta; transfusioen segurtasuna handitzera zuzendutako teknologia korporatiboak ezartzea, prozesuaren etapetan egindako identifikazio-akatsak murrizteko (ia ezarrita dago jadanik neurri hori, arestian esan den legez).
5. Odol-osagaien erabilera optimorako neurriak eta PBM (*Patient Blood Management*) ezartzea ospitaleetan, pazientearen segurtasunerako lehen lerroko oinarrizko baldintza gisa⁹³. Tresnarik baliagarrienetako bat izango da **eskaera elektronikoa** lagundua ezartzea maila korporatiboan. Horri esker lortuko da ospitale-zerbitzuetako transfusioen kalitateari eta prozedura-ohiturei buruz ezagutza zehatza izatea, profesionalen transfusio-asistentzia hobetzen laguntzeko lehen neurri gisa. Izan ere, beharrezkoa denean baino

ez dira egingo transfusioak, eta infratransfusioa gertatzeko arriskuak murriztuko dira. Esan bezala, PBMak behar bezala ezartzeko, oinarrizkoa izango da etorkizun hurbilean OBI-OAS tresna erabiltzea.

6. Zaintza-programak sendotzea, erabakiak hartzeko ezaguera-iturri gisa, eta gorabeheren aitortza sustatzea –paziente eta emaleengan efektua izan zein ez-, horretarako ezarritako bideak erabilia⁹⁴. Zaintza-programek honako hauek hartzen dituzte: hemozaintza (odol-osagaiak), biozaintza (zelulak eta ehunak), materiozaintza (giza jatorriko substantzien ekoizpenari eta maneuari lotutako materiala eta ekipamendua) edo farmakozaintza (erkidegoko emaileen giza plasman jatorria duten farmazia-ekoizpeneko plasma-deribatuei dagokienez).

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Ondorio kaltegarrien kopurua (alergikoak, sukarrak, TRALI, hemolitikoak, aloimmunizazioa, ostalariaren aurkako mentu-gaixotasuna, transfusio-purpura, infekzio bakterianoa, infekzio birikoa, infekzio parasitarioa, birikako edema kardiogenikoa, hemosiderosia, kontrako ondorio larriak odol-emaileengan).
- Ia gorabeheren kopurua.
- Ondorio kaltegarrien ehunekoa (transfusioan emandako osagaiei dagokienez).
- Transfusioan emandako unitateen kopurua (hematiak, plaketak, plasma).

8I Asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak prebenitzea eta kontrolatzea

OINARRIAK

Asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak edo ASLIak dira norbaitek zentro asistentzial batean –dela ospitalean, dela ospitaletik kanpo– jasotako asistentziaren edo arreta sanitarioaren ondorioz har ditzakeen infekzioak⁹⁵.

Infekzio nosokomial deritze ospitalizazioa bitartean hartutako infekzioei, baldin eta infekzio horiek ez baziren inkubatzen ari edota pertsonak ez bazituen ingresatu zuenean, edota ospitalean hartutako eta alta eman ondoren agertzen den edozein infekziori⁹⁶.

ASLIak osasun publikoko arazo garrantzitsua izaten jarraitzen dute, eta osasun-sistemek parez pare duten erronka dira, nahiz eta azken hamarkadetan aurrerapen eta ahalegin handiak egin diren ASLIen agerpena prebenitu eta intzidentzia murrizteko. Besteak beste, faktore hauen ondorioz agertzen dira ASLIak: biztanleria zahartzea, zenbait arrisku-talderen immunitatea baldintzatuta egotea, asistentzia sanitarioa gero eta gehiago instrumentalizatzea diagnostiko zein terapietan, eta antibiotikoekiko erresistenteak diren bakterioak garatzea. Antimikrobianoen aurrean erresistenteak diren mikroorganismoen agerpena eta hedapena arazo larria da mundu osoko osasun publikoan. Ohiko tratamenduak ez dira eraginkorrak izaten, infekzioek iraun egiten dute eta beste norbanako batzuei transmititu ahal zaizkie, morbimortalitatea areagotzen dute, eta eragin handia dute asistentziaren kalitatean eta osasun-arretaren kostuetan⁹⁷.

European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) zentroak 2016-2017 aldian egindako azterlan baten arabera, Europar Batasuneko herrialdeetan, urtean 8,9 milioi ASLI gertatzen dira ospitale eta egonaldi luzeko zentro guztiak kontuan hartuta. Egun bakoitzeko, ingresatutako 15 pertsonatik batek eta egonaldi luzeko zentroetako 26 egoiliarretik batek hartzen dute ASLIren bat. Horrelako infekzioei lotutako hiru bakteriotik bat erresistentea izan zen antibiotikoen aurrean⁹⁸⁻⁹⁹. ASLI horien % 50 prebeni litezke.

Estatuan, Carlos III.a Institutuaren (ISCIII) Epidemiologiako Zentro Nazionalaren (CNE) Zaintza Epidemiologikoko Sare Nazionalak (RENAVE) inkesta bat egin zuen 2018-2019 aldian, Espainiako ospitaleetan ASLIen prebalentziari eta antimikrobianoen erabilerari buruz. Azterlan horren emaitzek erakusten dute ingresatutakoen % 7k gutxienez ASLIren bat dutela, eta ASLIen % 68,7 ingresuan bertan hartzen direla¹⁰⁰.

ASLIak dira ospitalizatutako pazienteek jasaten dituzten kontrako gertaera ohikoenetako bat. Espainian, Ospitalizazioarekin lotutako Kontrako Ondorioei buruzko Azterlan Nazionalaren arabera (ENEAS, 2005), kontrako gertaeren % 25,3k zerikusia zuten infekzio nosokomialarekin, eta gertaera horien % 56,6 saihesteko modukoak ziren³. Lehen Mailako Arretako pazienteen segurtasunari buruz 2007an egindako azterlanaren arabera (APEAS), kontrako gertaeren % 8,4k lotura zuten ASLLekin⁴.

ASLIak zaintzea eta kontrolatzea funtsezkoa da pazientearen segurtasunean, bai eta lehentasuna ere pazientearen segurtasuneko eta kalitateko politiketan. 1970eko hamarkadaren hasieran, Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) zentroek SENIC (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*) proiektua abiatu zuten, AEBetako infekzio nosokomialaren (IN) zaintza- eta kontrol-programen eraginkortasuna baloratze aldera. Lortutako emaitzen arabera, infekzio nosokomialen % 32 saihestu daitezke infekzioa kontrolatzeko programa eraginkorrek ezarrita; zaintza aktiboa, bestalde, ezinbestekoa da infekzioak kontrolatzeko programetan¹⁰¹⁻¹⁰².

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME), 2004an, Pazientearen Segurtasunerako Nazioarteko Aliantza martxan jarri zuen, pazientearen segurtasunaren arloko hobekuntzak mundu osoan koordinatu, ezagutzera eman eta sustatzeko. Esparru horretan proposatutako lehen erronkaren xedea da asistentzia sanitarioarekin erlazionatutako infekzioak prebenitzea¹⁰³. “Arreta garbia, arreta seguruagoa” kanpainaren bidez, asistentzia sanitarioan eskuen higiena sustatu da, ASLIak gutxitzeko funtsezko neurri gisa, pazientearen segurtasuna arlo guztietan hobetzeko¹⁰⁴.

Horrez gain, Europako Kontseiluaren 2009ko ekainaren 9ko 2009/C151/01 Gomendioak, pazientearen segurtasunari buruzkoak –asistentzia sanitarioari lotutako infekzioen prebentzioa eta kontrola ere jasotzen ditu–, Europar Batasuneko herrialdeei eskatzen die ASLIak prebenitzeko eta kontrolatzeko estrategia bat hartu eta ezar dezaten¹⁰⁵.

ASLIak prebenitzea lehentasunezko ildo da Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Pazientearen Segurtasunerako Estrategiaren barruan, zeina autonomia-erkidegoekin lankidetzan gauzatzen baita 2005az geroztik. Gauzatutako jardunbide egokien artean, azpimarratzekoak dira Eskuen Higieneari buruzko Programa eta Zainketa Intentsiboen unitateetan egindako segurtasun-programak: Zero bakteremia, Zero pneumonia eta Zero erresistentzia¹².

Erresistentzia antimikrobianoak arazo bat dira mundu osoan, eta lehentasunezkoak Osasunaren Mundu Erakundearentzat eta Europar Batasunarentzat, arazo horri aurre egiteko ekintza-planak ezarri baitituzte.

2009an, Erresistentzia Antimikrobianoei buruzko Lantalde Transatlantikoa sortu zen (The Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance TATFAR), Estatu Batuen eta Europar Batasunaren arteko lankidetzak hobetze aldera. Hala, indarrak batu eta ezagutzak partekatu dituzte hiru arlo nagusitan: antimikrobianoak modu terapeutiko egokian erabiltzea, dela medikuntzan, dela albaitaritzan; antibiotikoekiko erresistenteak diren mikroorganismoek sortutako infekzioak prebenitzea –infekzio komunitarioak zein asistentzia sanitarioari loturikoak–, eta mikrobioen aurkako farmako berriak garatzeko estrategiak ezartzea¹⁰⁶⁻¹⁰⁷.

Europako, zenbait erakundek, hala nola Europako Parlamentuak eta Europako Batzordeak, baterako estrategia gauzatzeko beharra ezarri dute, antibiotikoekiko erresistentziak garatzearen arazoa baloratu eta hari aurre egiteko¹⁰⁸⁻¹⁰⁹. 2013ko urriaren 22ko Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 1082/2013/EB Erabakian, mugaz gaindiko osasunerako mehatxu larriei buruzkoan, jatorri biologikoko zenbait mehatxu jasotzen dira, zeinei osasun publikoko neurriak ezarriko zaizkien. Mehatxu horien artean daude “erresistentzia antimikrobianoak eta asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak, gaixotasun transmitigarriekin zerikusia dutenak”¹¹⁰.

Bestalde, eta Europako Batzordearen komunikazioa betetze aldera –zeinaren bidez antibiotikoekiko erresistentziei buruzko ekintza-plan bat eskatzen baitzaie estatu kide guztiei–, Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) “Antibiotikoekiko erresistentziak hautatzeko eta barreiatzeko arriskua murriztera bideratutako ekintza-plan estrategikoa” abiarazi zuen 2014an, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak (MSSSI) koordinatuta¹¹¹. Antibiotikoekiko Erresistentziaren aurkako Plan Nazionalak (PRAN), non gure erkidegoak parte hartzen baitu, honako arlo hauek biltzen ditu: giza osasuna, animalien osasuna eta ingurumena. Plan integral horren helburua da antibiotikoekiko erresistentzia hautatzeko eta barreiatzeko arriskua murriztea, eta, ondorioz, arazo horrek osasunean eragin gutxiago izatea 2019an, 2019-2021 aldirako PRAN berria argitaratu zen, proposatutako helburuetan aurrera egiten jarraitzeko. Bi estrategia orokor planteatzen dira: batetik, antibiotikoen kontsumoa murriztea; bestetik, giza medikuntzan eta albaitaritzan antibiotikoak erabiltzeko beharra gutxitzea⁹⁷.

AURREKARIAK

Osakidetzan, bi hamarkada baino gehiago dira lehentasunezko helburu gisa ezarri zela asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak edo ASLIak prebenitzea eta kontrolatzea, gure erkidegoko osasun-sistema osoan¹¹³. Euskal Autonomia Erkidegoan gauzatu diren osasun-plan eta plan estrategikoen xedeetako bat izan da ASLIak murriztea; horretarako, hainbat lan-ildo, programa eta proiektu jarri dira martxan, besteak beste:

- INOZ Plana (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana), Osakidetzaren pazientearen segurtasunerako programa korporatiboan sartuta dagoena gaur egun.
- ASLIak prebenitzea Zainketa Intentsiboen unitateetan (ZIU): Zero bakteriemia, Zero pneumonia, Zero erresistentzia, Zero infekzio gernu-traktuan.
- Erresistentzia antimikrobianoen kontrola, erresistentzia antibiotikoena barne. Antibiotikoekiko erresistentziak hautatzeko eta barreiatzeko arriskua murriztera bideratutako ekintza-plan estrategikoaren esparruan, antibiotikoen erabilera zuhurra sustatzeko programak gauzatzea da Osakidetzak Segurtasunerako Estrategian jasotako lan-ildoetako bat.

INOZ PLANA

Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko programen beharra ikusita, 1990ean, INOZ Plana jarri zen martxan funtsezko bi helburu hauekin: infekzio nosokomialen maiztasuna murriztea, eta Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomiala zaintzeko eta kontrolatzeko planak osatzea.

1991n, INOZ Batzordea sortu zen. Osakidetzako sarearen barruan infekzio nosokomialen arloko erreferenteez osatuta dago, eta Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren aholku-batzordea ere bada. Infekzio nosokomialaren kontrolerako erreferentzia-gida hauek egin dituzte: *Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua*, 1994an eta 1997an¹¹⁴⁻¹¹⁵, eta *Infekzio nosokomialaren liburu zuria*, 1997an¹¹⁶.

Gaur egun, Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko planen ardura duten mediku eta erizainek eta Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzako profesionalek osatzen dute INOZ Batzordea. Haren eginkizunen artean dago asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak edo ASLIak zaintzeko eta kontrolatzeko estrategiak zehaztea, bai eta jarduerak eta ekintza-ildoak ezartzea ere, infekzio horiek zaintzeko sistemetatik lortutako emaitzei dagokienez.

INOZ ZAINTZA SISTEMA

INOZ zaintza-programak ibilbide luzea du gure autonomia-erkidegoan. 1990ean, EAEn infekzio nosokomialaren intzidentziari buruz egindako lehen azterlanetik abiatuta, lehenastuzko helburu gisa ezarri zen Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomialak murriztea. Infekzio Nosokomiala Zaintzeko

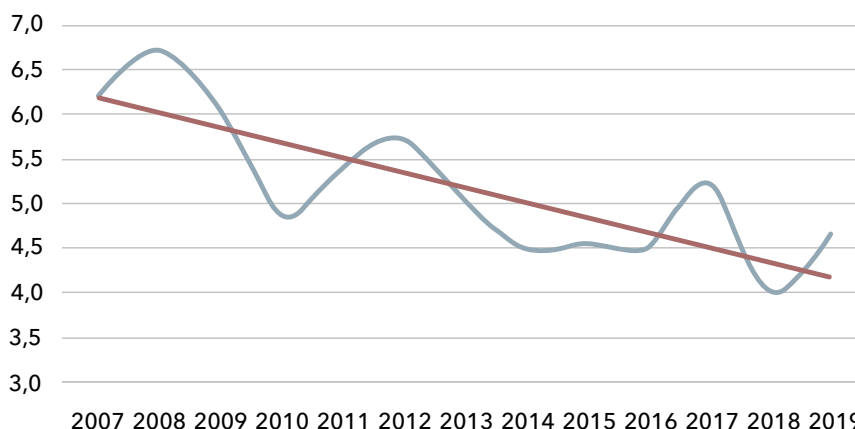
eta Kontrolatzeko Unitatea sortu zen maila zentrolean, azterlan bateratu eta konparagarriak egiteko, eta, horrekin batera, infekzio nosokomiala zaindu, prebenitu eta kontrolatzeko planak garatzeko ahaleginak bideratzeko.

Gaur egun, intzidentzia- eta prebalentzia-azterlanen bidez zaintzen da infekzio nosokomiala. Kokapen kirurgikoko infekzioaren intzidentziari buruzko azterlanetan, INOZ lantaldeak zehazten ditu zein diren monitorizatu beharreko prozedurak eta lortu beharreko estandarrak. Esaterako, prozedura hauek monitorizatzen ari dira: kolon-ondesteko kirurgia programatua (2001etik), aldakako kirurgia protesikoa eta aldakako protesia aldatzekoa (2005etik), eta belauneko kirurgia protesikoa eta belauneko protesia aldatzekoa (2011tik). Intzidentzia-azterlanak urtero egiten dira, kontratu-programak xedatzen duen epean. Aipatutako azterlan korporatiboez gain, ospitale bakoitzak infekzio nosokomialari buruzko intzidentzia-azterlanak egiten ditu urtean zehar, bere interesaren arabera: beste prozedura mota bati buruzkoak (hala nola kirurgia kardiakoa), zerbitzu espezifikoren bati buruzkoak (Bizkorketa, esaterako) edota gailuren batekin erlazionatutakoak.

Prebalentzia-azterlanei dagokienez, Espainian, infekzio nosokomialen prebalentzia-azterlana (EPINE azterlana) urtero egiten da 1990az geroztik. Hurrengo grafikoan ikus daitekeenez, infekzio nosokomiala duten pazienteen prebalentziak beheranzko joera du.

3. grafikoa.

Infekzio nosokomiala duten pazienteen prebalentzia Osakidetzan (%).



2018an, tresna informatiko berri bat jarri zen profesionalen eskura, INOZ intzidentzia-azterlanak zaintzeko.



10. irudia. INOZ plataformara sartzeko pantaila.

Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko lurralde-ordezkaritzek eta Osakidetzako zerbitzu-erakundeek urtero adosten dituzte infekzio nosokomialari dagokionez kontratu-programan jaso beharreko adierazleak. INOZ lantaldeak Osasun Sailari proposatzen dizkio adierazleok; azken batean, sail horrek zehazten du zer adierazle sartu behar den. Azken kontratu-programan, infekzio nosokomialaren adierazle hauek sartu dira:

- Zauri kirurgiko sakoneko eta organoko infekzioak dituzten pazienteen intzidentzia kolon-ondesteko kirurgia programatuan, 30 eguneko jarraipenarekin.
- Aldakako protesia jartzeko interbentzioa eduki (90 eguneko jarraipenarekin) eta, ebakuntzaren ondoren, zauri kirurgikoko infekzioa izan duten pazienteen intzidentzia.
- Belauneko protesia jartzeko interbentzioa eduki (90 eguneko jarraipenarekin) eta, ebakuntzaren ondoren, zauri kirurgikoko infekzioa izan duten pazienteen intzidentzia.

INFEKZIO NOSOKOMIALA ZAINTZEKO, PREBENITZEKO ETA KONTROLATZEKO PLANA (INZPKP)

1999an, INOZ Batzordearen ekimenez, Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko planak sortu ziren (INZPKP delakoak)¹⁷. Asistentzia sanitarioari lotutako infekzioa prebenitu, zaindu eta kontrolatzeko jardueri dagozkien baldintza teknikoak biltzen dituzte, ospitaleko infekzioek pazientearen segurtasunean duten eragina minimizatzea xede dutenak. 2000. urteaz geroztik, eta aldi behin, INZPKPen ebaluazioak egiten dira. Zazpi arlo berrikusten dira, besteak beste, infekzio nosokomiala zaintzeari, prebenitzeari eta kontrolatzeari loturiko irizpideak: Planaren ikuspegia eta egitura; Ingurumen-biosegurtasuna; Prozesu asistentziala; Garbiketa, desinfekzioa eta esterilizazioa; Ospitaleko infekzioak; Infekzioaren emaitzak; Infekzioari lotutako beste alderdi batzuk (Osasun-produktu, -ekipamendu eta -materiala erostea, eta Heziketa sanitarioa).

INZPKPen autoebaluazioak eta ebaluazioak aukera ematen dute, batetik, zerbitzu-erakunde bakoitzeko ahulguneak hautemateko, eta, bestetik, hobekuntza-arloak ezartzeko, asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak prebenitu eta kontrolatze aldera.

ESKUEN HIGIENEA

Eskuen higiena da esparru asistentzial guztietan asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak prebenitzeko eta murrizteko banakako neurri eraginkorrena.

2005ean, OMEk pazientearen segurtasunaren aldeko lehen mundu-erronka mahaigaineratu zuen: *Clean Care is Safer Care* (Arreta garbia, arreta seguruagoa). Programa horren giltzarrietako bat da *Save lives: Clean your hands* kanpaina (Salbatu bizitzak: garbitu eskuak), sanitarioen eskuen higieneko hiturak hobetzera bideratua.

2008az geroztik, gure autonomia-erkidegoak Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Eskuen Higieneari buruzko Programan hartzen du, lehen mundu-erronkaren barruan. Honako hauek dira programaren helburu nagusiak: profesional, paziente eta senideek eskuen higiena hobetzea, asistentzia sanitarioarekin erlazionatutako infekzioak murrizteko, eta, horrez gain, OMEk eskuen higieneari buruz egindako estrategiaren garapena sustatzea. Horretarako, eskuen higieneari buruzko lantalde bat sortu zen Osakidetzan, eta, gaur egun, erakunde guztietan daude eskuen higieneari arloko erreferenteak.

Besteak beste, honako jarduerak hauek egin dira:

- Profesional Sanitarioentzako Eskuen Higienarako Gida¹¹⁸ argitaratzea.
- Osakidetzan eskuen higieneari buruzko kanpaina abian jartzea.
- Eskuen higieneari buruzko arloko erreferenteei prestakuntza ematea.
- Eskuen higieneari buruzko online ikastaroa Osakidetza profesionalentzat: Jakinsarea plataformaren bidez, eta Prestakuntza Zerbitzu Korporatiboak koordinatuta, langile guztiei eskaini zaie eskuen higieneari buruzko ikastaroa, arreta sanitarioa bideratutakoa (Osasun Ministerioarena).
- Maiatzaren 5ean, Eskuen Higieneari buruzko Nazioarteko Egunean parte hartzea: Osakidetza urteak daramatza OMEk sustatutako “Salbatu bizitzak, garbitu eskuak” ekimenarekin bat egiten, arreta-gunean eskuen higiena bultzatzeko asmoz; izan ere, eskuen higiena da arreta sanitarioari lotutako infekzioak murrizteko gakoetako bat. Ekintza korporatiboez gain, Osakidetza zerbitzu-erakunde guztietan antolatzen dira ekimenak eta jarduerak.

- Eskuen higiearen alorreko behatzaileen akreditazioa: 2015ean bi tailer egin ziren, eta 60 profesional akreditatu dira. Pazientearen Segurtasun Estrategia 20 20 dokumentuan ezarritako helburuen artean zeuden, besteak beste, zerbitzu-erakundeetan irizpideak homogeneizatzea eskuen higiearen behaketa egokia egiteko, eta behatzaileen prestakuntza sustatzea. Pandemia dela-eta beste jarduera batzuetan jarri dugunez indarra, ezin izan dugu aurrera egin ildo honetan.
- Materialak prestatzea. Eskuen higieak berebiziko garrantzia du infekzioen prebentzioan. Horrenbestez, profesionalak eta herritarrak horren inguruan kontzientzia daitezen, hainbat material prestatu eta banatu dira:
 - 2017an, eskuorri bat banatu zen langileen artean, eskuen higie egokia noiz egin eta bete beharreko urratsak zein diren jakin zezaten. “Zure segurtasuna zure esku dago”.
 - Pazienteak beren segurtasunean inplikatzeke, 2018ko kanpainaren barruan, eskuen higiearekin lotutako mezu hau txertatu zen: “Garbitu itzazu eskuak. Infekzioak saihestuko dituzu!”.
 - 2019an, gripearen aurkako txertaketaren kanpainaren barruan, ekimenetako bat izan zen herritarrak maskarak erabiltzea Osakidetza larrialdietako itxarongeletan, etengabeko arreta guneetan (EAG) eta osasun-zentroetan, gripearen birusaren transmisioa murrizteko. Kartelak egin ziren, “Babestu zeure burua, eta babes itzazu besteak” mezuarekin; maskara erabiltzeko gomendioaz gain, eskuak sarritan garbitzearen garrantzia jasotzen da, gaixotasunen kutsadura saiheste aldera.



11. irudia. «Babestu zaitez, eta babestu besteak» kartela.



12. irudia. Eskuen Higiea kanpaina korporatiboaren kartela.

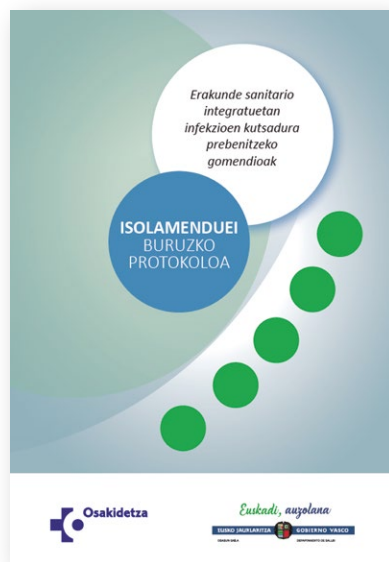
- 2021ean, beste kanpaina korporatibo bat abiarazi zen, material eta mezu berriekin, langileak kontzientziatu eta motibatu daitezen eskuen higiena behar bezala eta egoki egiteari buruz, infekzioei aurrea hartzeko. “Ez utzi besteen gain. Zure eskuetan dago”, “Stop infekzioak. Zure eskuetan dago”, “Pazienteen segurtasuna zure eskuetan dago”.
- Eskuen higienaren adierazleak: 2009tik aurrera, autonomia-erkidegoekin adostutako adierazle batzuk jasotzen dira, Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Eskuen Higienari buruzko Programaren atxikimendua eta ezarpen-maila ebaluatu eta hobetze aldera. 2016an egindako azken berrikusketan 6 adierazle lehenetsi eta adostu ziren, 2017-2020 aldian jaso direnak, hain zuzen ere. Egitura-adierazleek, esaterako, ZIUko oheen ehunekoa eta ospitalizazioko oheen ehunekoa neurtzen dute, arreta-gunean oinarri alkoholikoko prestakinak edo OAPak dituzten Osakidetzako ospitaleei dagokienez. Emaitzen adierazleek, berriz, oinarri alkoholikoko prestakinen kontsumoa neurtzen dute –ospitalizazioan zein Lehen Mailako Arretan–, baita eskuen higienaren eta OAPen erabileraren betetze-maila ere.

Kontratu-programak adierazle hauek biltzen ditu: langileei eskuen higienari dagokionez eskaintzen zaien prestakuntza-plana, ekintzen hedapena, eta eskuen higiena betetzen dela behatzeko plana.

ISOLAMENDUETARAKO PROTOKOLOA

Osakidetzako ospitaleetan irizpideak homogeneizatzeko aldera, “Erakunde sanitario integratuetan infekzioen kutsadura prebenitzeko gomendioak. Isolamenduei buruzko protokoloa” argitaratu eta zabaldu zen 2017an, INOZ lantaldeko profesionalen lanaren fruitu. Protokoloan jasotako irizpideei esker, infekzioak sor ditzaketen mikroorganismo jakin batzuen transmisioa prebeni daiteke; gainera, erakunde sanitario guztientzat erreferentzia izango diren gomendioak ezartzen dira.

Beste material osagarri batzuk ere prestatu ziren, hala nola laburpen-gida eta triptikoa. Osakidetzaren intranetean daude eskuragarri.



13. irudia. Isolamenduetarako protokoloa.

Protokoloarekin batera, isolamendu mota bakoitzerako kartelak diseinatu eta maila korporatiboan inprimatu ziren, ospitale guztietan ipintzeko.

GERNU-KATETERRARI LOTUTAKO GERNU-TRAKTUKO INFEKZIOAK EDO GTI-AK MURRIZTEA

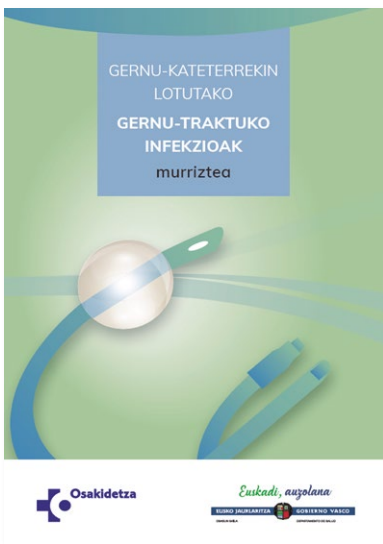
Gernu-traktuko infekzioak edo GTIak dira asistentzia sanitarioari lotutako infekziorik nabarientako bat; garrantzi handikoak dira, bai morbiditateari dagokionez, bai asistentziaren kalitatean eta osasun-gastuan duten eraginagatik. Bestalde, mikroorganismo multierresistenteek eragindako infekzioak areagotzen ari dira, eta horrek zaildu egiten ditu tratamenduak¹¹⁹.

Estatuan infekzio nosokomialaren prebalentziari buruz 2019an egindako EPINE-EPPS azterlanaren arabera, uneko ingresuan hartutako infekzio nosokomialen % 18 GTIak ziren, eta ingresuaren unean ez, baina, geroago, GTI nosokomialak eduki zituzten pazienteen % 63k baino gehiagok gernu-kateterra zuten infekzioa hasi baino zazpi egun lehenago¹²⁰.

“Gernu-kateterrarekin lotutako gernu-traktuko infekzioak murriztea” dokumentua argitaratu zen 2019an, diziplina anitzeko profesionalen lantalde baten eskutik. Maskuriko zundaketarekin zerikusia duten GTIak murrizteko gomendio batzuk biltzen ditu: gernu-zundaketarako argibideak; kontraindikazio absolutuak eta erlatiboak uretra barneko kateterismorako; fakultatiboek zunda kentzeko irizpideak; maskuriko zundaketaren teknikarako jardunbide egokien gomendioak, eta maskuriko zundaketaren zainketarako gomendioak, ospitale-eremuan zein Lehen Mailako Arretan aplikatzeko.

Triptiko bat ere egin eta banatu zen, maskuriko zunda daramatenentzako autozainketa-gida gisa. Dokumentua eta triptikoa Osakidetzaren intranetean daude eskuragarri.

Horren osagarri, halaber, Prestakuntza Zerbitzu Korporatiboarekin batera online ikastaro bat egin zen, Jakinsarea plataforman.



14. irudia. Gernu-kateterrari lotutako GBIak murrizteko protokoloa.



15. irudia. Autozainketen gida.

ZERO INFEKZIO KIRURGIKO

Ebakuntza kirurgikoak asistentzia sanitarioaren funtsezko elementua dira. 2019an, 5 milioi ebakuntza kirurgiko baino gehiago egin ziren Espainian¹²¹. Arreta kirurgikoan segurtasunik ez egoteak kalte nabarmenak eragin ditzake, bai eta ondorio garrantzitsuak ere osasun publikoan. Pazientearen Segurtasunerako Nazioarteko Aliantzaren esparruan, 2008an, OMEk bigarren mundu-erronka planteatu zuen: “Kirurgia seguruak bizitzak salbatzen ditu”¹²². Lan-arloen artean dago, besteak beste, zauri kirurgikoen infekzioa saihestea¹²³. Kokapen kirurgikoko infekzioek pazienteen morbiditate-tasa handitzen dute, ospitaleko egonaldia luzeak dakarte, prozedura kirurgiko osagarriak edo zainketa intentsiboak behar izan ditzakete, eta hilkortasuna ere areagotu dezakete.

Espainian, Ospitalizazioarekin lotutako Kontrako Ondorioei buruzko Azterlan Nazionalaren arabera (ENEAS, 2005), zerbitzu kirurgikoetako kontrako gertaeren % 29k zerikusia zuten infekzio nosokomialarekin, eta gertaera horien % 54 saihesteko modukoak ziren³.

ECDCk 2016-2017 aldian egindako prebalentzia-azterlanean, bestalde, % 5,9ko prebalentzia orokorra zehaztu zen ASLI edo asistentzia sanitarioari lotutako infekzioen bat zuten pazienteen artean. ASLI guztien % 18,4 kokapen kirurgikoko infekzioak ziren⁹⁸⁻⁹⁹. EPINE 2019 azterlanaren arabera, kokapen kirurgikoko infekzioak infekzio nosokomial nagusiak izan ziren ospitalizatutako pazienteengan (% 19,5)¹²⁰.

Zenbait neurrik, batera hartuta, kokapen kirurgikoko infekzioak (KKI) prebenitzeko duten eraginkortasunaren ebidentzian oinarrituta, 2017an, Zero infekzio kirurgiko (IQZ, gaztelaniaz) egitasmoa abiarazi zen¹²⁴. Interbentzio-proiektu bat da, kokapen kirurgikoko infekzioak murrizteko prebentzio-neurriak ezartzeko.

INOZ lantaldean adostu zen kolon-ondesteko kirurgiarekin hasia eta proiektuaren 5 neurriak aplikatzea, erakunde bakoitzaren aukeren arabera. Lehenengo hiru neurriak nahitaezkoak ziren:

- Profilaxi antibiotikoa.
- Klorhexidina alkoholdua erabiltzea ebakuntza-eremuko antisepsirako.
- Gorputzeko ilea edo biloa behar bezala kentzea.
- Normotermia perioperatorioa.
- Normogluzemiam perioperatorioa.

ANTIMIKROBIANOEN ERABILERA OPTIMIZATZEKO PROGRAMAK (PROA)

Antibiotikoekiko erresistentziak hautatzeko eta barreiatzeko arriskua murriztera bideratutako ekintza-plan estrategikoaren esparruan, antimikrobianoen erabilera optimizatzeke programen (PROA) garapena lantzen ari da, honako helburu hauekin: emaitza klinikoak hobetzea; antimikrobianoen erabilerari lotutako kontrako ondorioak minimizatzea –baita erresistentziak agertzeri eta barreiatzeri lotutakoak ere–, eta kostuen aldetik eraginkorra den tratamendu bat bermatzea¹²⁵⁻¹²⁶.

ANTIBIOTIKOEN ERABILERA OPTIMIZATZEKO PROGRAMAK (PROA), OSAKIDETZAKO ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUETAN

Badira urte batzuk PROAk Osakidetzako zerbitzu-erakunde batzuetan ezarri zirela, profesionalen taldeen zein zuzendaritzen ekimenez. Estrategia honetan bultzada korporatiboa eman nahi izan zaie PROA delakoei. Horretarako, 2018an, lantalde bat sortu zen zerbitzu-erakunde guztietako PROAko erreferenteekin. Gure erakundeetan PROA programen egungo egoera zein den ezagutu ondoren, eta PRANaren helburuekin bat etorriz, dokumentu korporatibo bat lantzen ari gara, erakunde guztiekin adostutako PROA programen gutxieneko irizpideak eta jarraipen-adierazle komunak ezartzeko.

WASPSS. WISE ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM SUPPORT SYSTEM

Osasun Ministerioko Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia, era berean, azterlan pilotu bat egiten ari da autonomia-erkidegoekin, zeinaren bidez baloratuko baita WASPSS aplikazio informatikoa egokia eta egingarria den PROA programen euskarri gisa. Osakidetzan, Bidasoko Ospitalea eta Arabako Unibertsitate Ospitalea ari dira proiektu pilotu honetan. Azterlan pilotua ebaluatu ondoren, sareko gainerako ospitaleen eskura jartzea egokia den baloratuko da.

ASISTENTZIA SANITARIOARI LOTUTAKO INFEKZIOAK EDO ASLI-AK PREBENITZEA ZAINKETA INTENTSIBOEN UNITATEETAN

Zainketa Intentsiboen unitateetan ASLIak agertzea arazo larria da, eremuon ñabardura bereziengatik. Hasteko, ospitalizatutako pazienteak kalteberagoak dira beren gaixotasuna eta horren azpian dauden baldintzak direla kausa. Gailu inbaditzaileak erabiltzeak, bestalde, pazienteon defentsen barrerak asaldatzen ditu. Pazienteek, azkenik, mikroorganismo multierresistenteak azaltzea errazten duten arrisku-faktoreak dituzte. Horren guztiaren ondorioz, morbiditate hazi egiten da, ospitaleko egonaldiak luzatu egiten dira eta osasun-kostuak, areagotu¹²⁷.

ZERO PROIEKTUAK

1994. urteaz geroztik, Medikuntza Intentsiboko eta Unitate Koronarioen Espainiako Elkarteko Gaixotasun Infekziosoen Lantaldeak (GTEI-SEMICYUC) inkesta nazional bat egiten du, ZIUetan infekzio nosokomialak zaintzeari buruz (ENVIN-ZIU). Inkesta horren bidez monitorizatu egiten da gailuekin lotutako infekzio nosokomialen intzidentzia, besteak beste: kateterrarekin lotutako bakteremiak (KLB), aireztapen mekanikoak eragindako pneumoniak (AMB), eta gernu-zundaketarekin lotutako gernu-traktuaren infekzioa (GZ-GTI).

2008an, eta Johns Hopkins Unibertsitateko Peter Pronovost doktoreak Michiganen garatutako faktore anitzeko estrategiaren ebidentzian oinarrituta –zeinak kateterrarekin lotutako bakteriemiak eta pazienteen hilkortasuna murriztearekin baitzuen lotura¹²⁸–, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioaren (MSSSI) Kalitate Agentziak, OMErekin lankidetzan, proiektu bat abiarazi zuen Osasun Sistema Nazionalean (OSN), ZIUetan kateter zentralekin lotutako infekzioak prebenitzeko: Zero bakteremia (*Bacteremia Zero* edo BZ, gaztelaniaz). Medikuntza Intentsiboko, Kritikoko eta Unitate Koronarioen Espainiako Elkartea izan zen proiektuaren burua (SEMICYUC), autonomia-erkidegoekin lankidetzan, eta 2009ko urtarriletik 2010eko ekainera bitartean gauzatu zen¹²⁹. Osakidetzan, Zainketa Intentsiboan eta Bizkorketako 9 unitatek hartu zuten parte proiektuan. Horri esker, kateterrarekin lotutako bakteriemiak nabarmen murriztea lortu da¹³⁰.

Aireztapen mekanikoak eragindako pneumonia (AMEP) ZIUetako ASLI ohikoenetako bat da, eta hilkortasun handia du. Zero bakteremia proiektuaren emaitza onak ikusita, 2011n Zero neumonia proiektuari ekin zitzaion (*Neumonía Zero* edo NZ, gaztelaniaz), aurrekoaren planteamendu berarekin: esku-hartze estandarizatua, AMEP murrizteko neurri sortarekin eta segurtasun integraleko plan batekin. 2011ko apiriletik 2012ko abendura bitartean gauzatu zen¹³¹, eta Osakidetzako 9 unitatek parte hartu zuten. Proiektuaren emaitzak oso positiboak izan ziren, eta nabarmen murriztu ziren aireztapen mekanikoak eragindako pneumoniaren tasak.

Erresistentzia antimikrobianoen kontrola lehentasun bat da mundu osoan; izan ere, ZIUetan ingresatutakoek arrisku handiagoa dute mikroorganismo multierresistenteen bidez kutsatzeko edo kolonizatuta egoteko. 2014ko apiriletik 2016ko ekainera gauzatu zen Zero erresistentzia proiektua (*Resistencia Zero* edo RZ, gaztelaniaz), honako helburu nagusi honekin: jatorri nosokomialeko bakterio multierresistente (BMR) bat edo gehiago pairatu duten pazienteen tasa % 20 murriztea Espainiako paziente kritikoen unitateetan (PKU)¹³². Proiektu honetan, Osakidetzako Zainketa Intentsiboan eta Bizkorketako 10 unitatek parte hartu dute.

ZIUetan ezarritako lan-ildoarekin jarraituz, 2017. urtearen amaieran, ZERO GTI (ITU-ZERO, gaztelaniaz)¹³³ proiektua aurkeztu zen, uretrako zundarekin lotutako gernu-infekzioa prebenitzeko, zainketa intentsiboetako unitateetan ingresatutakoen artean. Proiektua 2018ko apirilean aurkeztu zitzaizen zerbitzu-erakundeei, eta Zainketa Intentsiboan 6 unitatek bat egin dute egitasmoarekin. Aurrekoek bezala, bi jarduera osagarri ditu:

1. Esku-hartze estandarizatu bat, gomendio-pakete baten bidez, uretrako zundaketarekin lotutako GTIa prebenitzeko: STOP GZ-GTI (STOP ITU-SU, gaztelaniaz).
2. Segurtasun integraleko plan bat, aurreko “Zero proiektuetan” ezarritako estrategiekin jarraituz.

Proiektu horiek gauzatzeko, funtsezkoak izan dira ZIUetako profesionalen ahalegina eta konpromisoa. Azken urteotan, ahaleginak egin dira jardunbide egokiak sendotu –besteak beste, ZIUetako profesionalen etengabeko prestakuntza eman zaie– eta ZIUetan segurtasunaren kultura finkatzeko. Zero proiektuekin jarraitu dugun arren, pandemiak eragin nabarmena izan du Osakidetzako ZIUetan, proiektuen jarraipenean ere islatu dena.

EGUNGO GARAPENA

2020an eta 2021ean, covid-19aren pandemiak nabarmen baldintzatu ditu infekzioak prebenitu eta kontrolatzeko jarduerak. Aldi berri honetan, beraz, martxan dauden lan-ildo eta proiektuek aurrera egitea eta finkatzea planteatzen da.

HELBURUAK

Helburu nagusia

Asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak (ASLI) prebenitu eta kontrolatzeko estrategiak garatu eta finkatzea sustatzea.

Helburu espezifikoak

1. ASLIen zaintza epidemiologikoko sistemak bultzatzea, prebentzio- eta kontrol-programen oinarri gisa.
2. Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana (INZPKP).
3. Zero proiektuak finkatzea ZIUetan.
4. Antimikrobianoen erabilera optimizatzeko programak bultzatzea.

EKINTZAK

INOZ PLANA

- ASLIen prebentzioaren eta kontrolaren garrantziaz kontzientziatzea, sanitarioei zuzendutako prestakuntza-ikastaro baten bidez.
- “Osakidetzako ospitaletako azpiegituren arrisku mikrobiologikoak gutxitzeko gomendioak” dokumentua eguneratzea.
- “Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua” eta “Esterilizazio-prozesua kudeatzeko gida” eguneratzeko lanak amaitzea.

INOZ ZAINZA SISTEMA

- Kokapen kirurgikoko infekzioaren zaintza epidemiologikoa finkatzea.
- Zaindu beharreko prozedura eta estandarrak aldizka berrikustea.
- Bestelako prozedura edo baldintza ez-kirurgikoei lotutako ASLIen zaintza epidemiologikorako aplikazio informatikoaren garapena sustatzea.
- ASLIen Zaintza Sistema Nazionalean parte hartzea, Osasun Saileko Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritzarekin lankidetzan.
- Mikroorganismo multierresistenteek eragindako infekzioak zaintzeko sistema korporatiboa garatzea.

INFEKZIO NOSOKOMIALA ZAINTZeko, PREBENITZeko ETA KONTROLATZeko PLANA (INZPKP)

- INZPKParen ebaluazioa erakunde sanitario integratuetara egokitzea, ASLIen prebentzioari eta kontrolari buruzko alderdi guztiak txertatuz.
- Beste ebaluazio bat gauzatzea, bi fasetan:
 - Lehenik eta behin, erakundeek autoebaluazioa egingo dute.
 - Bigarrenik, ebaluazio-fasea dago. Erakundeek autoebaluazioan bidalitako informazioa berrikusi ondoren, erakundeetarako bisitak planifikatuko dira.
- INZPKPen ebaluazioaren emaitzak aztertzea eta zerbitzu-erakundeei helaraztea.

ESKUEN HIGIENEA

- Eskuen higieneko erreferenteen lana indartzea zerbitzu-erakundeetan.
- Zerbitzu-erakunde guztietan eskuen higiena egokia izan dadin sustatzeko ekintzak bultzatzea.
 - Eskuen Higienearen Nazioarteko Egunean parte hartzen jarraitzea.
 - Prestakuntza-tailer berriak gauzatzea.
- Eskuen higienearen arloko behaketa bultzatzea.
- Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Eskuen Higieneari buruzko Programaren adierazleen bilketa koordinatzea.

ZERO INFEKZIO KIRURGIKO (IQZ)

- Segurtasunaren kultura sustatzea zerbitzu kirurgikoetan.
- IQZ proiektuaren ezarpena bultzatzea zerbitzu kirurgikoak dituzten erakunde guztietan.
- IQZ proiektuaren ezarpenaren emaitzak aztertu eta ebaluatzea, kokapen kirurgikoko infekzioaren intzidentziari dagokionez.

ANTIBIOTIKOEN ERABILERA OPTIMIZATZEKO PROGRAMAK (PROA)

- “Antibiotikoen erabilera optimizatzeko programak (PROA), Osakidetzako erakunde sanitario integratuetan” dokumentu korporatiboa zabaltzea.
- Programa horien ezarpenaren jarraipena egitea.
- WASPSS (*Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System*) aplikazio informatikoaren pilotua amaitzea, PROA programei euskarria emateko. Ebaluazioa egindakoan, eta ebaluazioa positiboa bada, gainerako erakundeen eskura jartzeko prozesua planifikatzea.

ASISTENTZIA SANITARIOARI LOTUTAKO INFEKZIOAK EDO ASLI-AK PREBENITZEA ZAINKETA INTENTSIBOEN UNITATEETAN

- Zero proiektuen jarraipenari berriro ekitea.
- Gomendioak ebidentzia berrietara egokitzea: Zero bakteremia eta Zero pneumonia proiektuetako gomendioak eguneratzea.
- Zero proiektuei buruzko prestakuntza sustatzea (Zero bakteremia, Zero pneumonia, Zero infekzio gernu-traktuan):

- Gomendio eta egungo egokitzapen berriak jasotzen dituzten proiektuak hedatzea.
- Eguneratutako moduluei buruzko prestakuntza ematea profesionaleri.
- ZIUetako infekzioak erregistratzeko sistema berria finkatzea.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIRAZLEAK

Lan-ildo eta proiektuen jarraipena egiteko, adierazle hauek planteatzen dira:

- Zauri kirurgiko sakoneko eta organoko infekzioen intzidentzia kolon-ondesteko kirurgia programatuan, 30 eguneko jarraipenarekin.
- Zauri kirurgikoko infekzioen intzidentzia aldakako kirurgia protesikoan, 90 eguneko jarraipenarekin.
- Zauri kirurgikoko infekzioen intzidentzia belauneko kirurgia protesikoan, 90 eguneko jarraipenarekin.
- Indikatuta egon arren profilaxi antibiotikorik jasotzen ez duten pazienteen ehunekoa.
- Infekzio nosokomialak arlo medikoan duen intzidentziari buruzko azterlanak.
- INZPKPa eguneratzea.
- Unitate asistentzialetan mikroorganismo multierresistenteek eragindako infekzioak detektatzeko plana edukitzea.
- Eskuen higieneari buruzko online prestakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak zein ez-sanitarioak), zerbitzu-erakunde bakoitzeko.
- Arreta-gunean oinarri alkoholikoko prestakinak edo OAPak dituzten ZIUko oheen ehunekoa.
- Arreta-gunean oinarri alkoholikoko prestakinak edo OAPak dituzten ospitalizazioko oheen ehunekoa.
- OAPen kontsumoa ospitalizazioan.
- OAPen kontsumoa LMAN.
- Eskuen higieneari behaketa.

- OAPen erabilerari buruzko behaketa.
- Plan bat zehaztuta edukitzea, gernu-kateterizazioari lotutako gernu-traktuko infekzioa murrizteko esku-hartzeak jasota dituen.
- Gernu-infekzioaren (GI) prebalentziaren murrizketa portzentuala, gernu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteen kasuan, aurreko urtearen aldean (EPINE).
- Protokoloaren arabera kendutako zunden ehunekoa, kirurgia txikiak eta zesareak dituzten erakundeetan.
- IQZ proiektua: profilaxi antibiotikoa erabat betetzea.
- IQZ proiektua: klorhexidina alkoholduna erabat aplikatzea.
- IQZ proiektua: gorputzeko ilea edo biloa erabat kentzea.
- PROAk garatzea ESI eta egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan.
- Kateter benoso zentralari lotutako lehen mailako bakteriemien batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboen unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan (intzidentzia-tasa baliabidearen 1.000 eguneko).
- Aireztapen mekanikoak eragindako pneumoniaren batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboen unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan (intzidentzia-tasa baliabidearen 1.000 eguneko).
- Zundaketak eragindako gernu-traktuko infekzioaren batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboen unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan (intzidentzia-tasa baliabidearen 1.000 eguneko).

9I Kirurgia seguruak

OINARRIAK

Kirurgia seguruak tratamendu medikoaren oinarrietako bat izaten jarraitzen du, eta pazientearen segurtasunean ondorio gehien duen esparruetako bat da. Kirurgiaren helburua bizitzak salbatzea bada ere, ebakuntzak prozedura konplexuak dira, non faktore anitzek esku hartzen baitute. Hala, jarduera kirurgikoari lotutako morbiditateak areagotu daiteke, eta, beraz, segurtasun-gorabeherak gertatzeko nolabaiteko probabilitatea dago.

Uste da kirurgia handiko 234 milioi ebakuntza egiten direla urtero munduan, hots, ebakuntza bat 25 pertsonatik. Osasun Sistema Nazionalean 5 milioi egintza kirurgiko egiten dira urtero¹²¹; kirurgiari berari loturiko kontrako gertaeren intzidentzia % 10,5ekoa da (% 8,1-12,5), eta gertaera horien % 36,5 saihestu litezke¹³⁴.

Kontrako Ondorioei buruzko Azterlan Nazionalaren arabera (ENEAS 2005), kontrako gertaeren % 7,6k zauri kirurgikoa infektatzearekin zerikusia izan zuten; % 0,8k, sutura-dehiszentziarekin, eta % 0,5ek, ebakuntzaren osteko atxikidurekin eta alterazio funtzionalekin. Kontrako gertaeren % 52,4 zerbitzu kirurgikoetan jazo ziren, zeintzuetatik % 40,5 arinak izan ziren; % 35,3, moderatuak, eta % 24,2, larriak. Aldi berean, zerbitzu kirurgikoetan ingresatutakoen artean, kontrako 1,6 gertaera erregistratu ziren 100 eguneko³.

Infekzio nosokomialen prebalentziari buruz Espainian egindako azken azterlanaren arabera (EPINE-2019), ingresuan bertan hartutako infekzio nosokomialen % 19,5 jatorri kirurgikokoak izan ziren. Ebakuntza egin zitzaizen pertsonen % 4,3k zuten infekzio kirurgikoa¹²⁰.

ECRI institutuak berriki egindako txosten batean, kirurgia-eremuko kontrako gertaera garrantzitsuak aztertu eta sailkatu dira, arrisku-motaren arabera: konplikazioak (% 31), pazientearen edo ebakuntza-gelaren prestaketa (% 29), material kirurgikoa atxikita geratzea (% 24), kutsadura (% 7), gailu medikoen akatsa (% 5) eta kirurgia okerra (% 4). Katetria guztietan errepikatzen diren alderdiak ikusi dira, hala nola komunikazio-arazoak funtsezko arazo gisa. Txostenean proposatzen da, halaber, erakundeek talde-lana sustatzea eta segurtasunaren kultura hobetzea¹³⁵.

AURREKARIAK ETA EGUNGO EGOERA

OMEk hainbat ekimen abiarazi ditu nazioartean zein eskualde-mailan, kirurgiaren segurtasuna hobetzeko. Horren harira, Pazientearen Segurtasunerako Nazioarteko Aliantzak arreta kirurgikoaren segurtasunari heldzea lehenetsi zuen, pazientearen segurtasunaren aldeko bigarren mundu-erronkaren bidez: “Kirurgia seguruak bizitzak salbatzen ditu”¹²² (2007ko urtarrilean abiarazi zen).

OMEren estrategia horren helburu nagusia da, batetik, mundu osoan kirurgiaren segurtasuna hobetzea, eta, bestetik, kirurgiari lotutako kontrako gertaeren maiztasuna murriztea. Kirurgia segururako, beraz, oinarrizko segurtasun-arau batzuk ezartzen dira, OMEko estatu kide guztietan aplika daitezkeenak, funtsezko hamar helburu hauen bidez:

1. Taldeak pertsona egokiari egingo dio ebakuntza, leku anatomiko egokian.
2. Anestesia emategatik gertatzen diren kalteak prebenitzeko metodoak erabiliko ditu taldeak, eta, aldi berean, minetik babestuko du pertsona.
3. Taldea behar bezala prestatuta egongo da arnasketaren edo arnasbidearen funtzioaren balizko galerari erantzuteko.
4. Taldea behar bezala prestatuta egongo da odol-galera handi bati erantzuteko.
5. Pazientearentzat arriskutsuak izan daitezkeen farmakoekin alergia-erreakzioak edo ondorio kaltegarriak eragitea saihestuko du taldeak.
6. Taldeak sistematikoki erabiliko ditu zauri kirurgikoaren infekzio-arriskua minimizatzeko metodo aitortuak.
7. Zauri kirurgikoan ustekabeen gazak edo tresnak uztea saihestuko du taldeak.
8. Taldeak zehaztasunez gorde eta identifikatuko ditu lagin kirurgiko guztiak.
9. Taldea eraginkortasunez komunikatuko da, eta pazienteari buruzko oinarrizko informazioa partekatuko du ebakuntza era seguru batean egiteko.
10. Ospitaleek eta osasun publikoko sistemek gaitasun, bolumen eta emaitza kirurgikoen zaintza sistematikoa ezarriko dute.

Helburu horiek betetzeko, zenbait segurtasun-estrategia pentsatu ziren pazienteari ematen zaion arreta kirurgikoa hobetze aldera. Besteak beste, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeke zerrenda sortu zen (SKEZ). Segurtasun-praktikak sendotzeko eta talde kirurgikoko kideen artean komunikazioa eta talde-lana bultzatzeko ere egin zen SKEZ.

Erreminta erraz eta praktikoa da, munduko edozein talde kirurgikok erabil dezakeena ebakuntza aurreko, bitarteko eta ondoko neurriak modu eraginkor eta bizkorrean egiaztatzeke. Zerrendak hobekuntza nabarmenak dakarzkie pazienteeri;

adibidez, kontrako gertaeren tasa % 11tik % 7ra jaisten laguntzen du, bai eta hilkortasuna ere, % 1,5etik % 0,8ra, alegia. Horrez gain, talde-lana eta komunikazioa hobetzeko balio du¹³⁶⁻¹³⁷.

Estrategia horrekin bat eginez, Osakidetzak, pazientearen segurtasunerako programa korporatiboaren barruan, segurtasuna egiaztatzeko zerrenda gehitu eta ezarri zuen. 2012ko irailean, SKEZ bat erantsi zen Osabide Globalen (enbor komunekoa), OMEren gomendioetan oinarritua eta alde aurretik zerbitzu-erakundeekin adostua.

2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasunerako Estrategiaren esparruan, SKEZrekiko atxikimendu falta ikusi zen; neurri handi batean, langileak ez zeudelako nahikoa sentsibilizatuta eta SKEZ ez zelako egokitzen kirurgia mota guztietara.

Hurrengo urratsa erreferentziazko lantalde bat eratzea izan zen, zerbitzu-erakundeetan ildoaren euskarri izateko. Hala, “Kirurgia segurua” deritzon lantaldean, gai horretan adituak diren diziplina anitzeko langileak biltzen dira.

Erreferentziazko lantaldearen adostasunaren eta jardunaren ondorioz, emaitza hauek lortu dira:

- Helburu nagusizat hartuta SKEZrekiko atxikipena sustatzea eta SKEZ egoki erabiltzea, dokumentu korporatibo bat prestatu zen, gomendio zehatzekin: “Osakidetzan segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerrendaren erabilera egokia bultzatzeko proposamen korporatiboa”.
- Kirurgia motaren arabera egokitu zen SKEZ, eta hiru zerrenda adostu ziren. Hala, zerrenda bana zehaztu zen kirurgia handirako, kirurgia txikirako, eta fakoemultsifikaziorako eta katarataren xurgapenerako –interbentzio espezifikoa baita–. SKEZ aplikatzeko gidaliburu bat ere prestatu zen.

Pazientea: Ebakuntza-gela: QUIR6
Checklist-mota: Kirurgia handia
1. SARRERA ✓
2. ANESTESIA ✓
3. KIRURGIA ✓
1. pausoa baliozkotuta
02/03/2023
12:15:32
SARRERA - Anestesia jarri baino lehen
ERIZAINAK ETA ANESTESISTAK PAZIENTEAREKIN EGIAZATU BEHARREKOAK
PAZIENTEA NOR DEN ✓ TOKI KIRURGIKOA ✓ PROZEDURA ✓ PAZIENTEAREN BAIMENA ✓
LEKU KIRURGIKO MUGATU DA
BAI ✓ EZ DA BEHARREKOIA ✓
PAZIENTEAK ALERGIA EZAGUNEN BAT DU?
EZ ✓ BAI ✓
ANESTESISTAK ANESTESIAREN SEGURTASUNA EGIAZTATZEKO
MONITORIZAZIO OSOA ETA FUNTZIONATZEN ✓
EKIPOA EGIAZTATUTA ✓
ANESTESIAREN MEDIKAZIOA EGIAZTATUTA ✓
ZAILTASUNAK ARNASBIDEAN / ARNASTEKO ARRISKUA?
EZ ✓ BAI ETA TRESNEN ETA EKIPOAK ERABILGARRI DAUDE ✓
> 500 ML-KO HEMORRAGIA IZATEKO ARRISKUA?
EZ ✓ BAI ETA ZAIN BARNEN SARBIDEA ETA LIKIDO EGOKIAK ESKURAGARRI DAUDE ✓

16. irudia. SKEZ pantaila Osabide Globalen.

- 20 20 estrategiaren esparruan, eta SKEZren erabilerearen ebaluazioa eta jarraipena errazteko, Kalitate eta Informazio Sistemen Zuzendariordetzarekin lankidetzan, SKEZren datuak ustiatzeko sistema espezifiko bat diseinatu zen. Sistema horri esker, aurrerapena modu objektiboan ikus daiteke, bai zerbitzu-erakunde bakoitzean, bai maila korporatiboan.
- Ondoren, “Ebakuntzak okerreko eremuan egitea ekiditeko protokoloa” egin zen, zerbitzu-erakundeetan ezarritako talde kirurgikoen adostasunarekin. Helburua da zerbitzu-erakundeei laguntzea, ebakuntza egingo zaien pertsonengan akats-arriskua murrizte aldera. Zerbitzu-erakunde bakoitzean egokitu behar da, antolamenduzko ezaugarrien arabera.
- Osagarri gisa, protokoloaren ezarpena indartzeko, “Kirurgia Segurua” kartel korporatiboa diseinatu eta zabaldu zen.



17. irudia. Ebakuntzak okerreko leku kirurgikoan egitea ekiditeko protokoloa.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

2020-2030 aldirako, helburu hauek planteatzen dira:

Helburu nagusia

Kirurgiari lotutako segurtasun-gorabeheren arriskua minimizatzea.

Helburu espezifikoak

1. SKEZren erabilera egokia bermatzea kirurgia eskaintzen duten zerbitzu-erakunde guztietan.
2. SKEZren erabilera egokiaren jarraipena eta ebaluazioa sustatzea zerbitzu-erakundeetan, eta lortutako lorpenak sendotzea.
3. Balorazioa egindakoan, SKEZ egokitzea sor daitezkeen premia berrietara.
4. Ebakuntza-eremua markatu dadin sustatzea.

5. Pazientearen segurtasuna bermatzeko estrategiak gauzatzea ebakuntza inguruko aldian, hau da, ebakuntzaren aurretik, bitartean eta ondoren.
6. Profesionalen arteko informazioa eta komunikazioa bermatzea.
7. Ebakuntza egingo zaien pertsonengan akats-arriskua minimizatzen lagunduko duten protokolo korporatiboak egitea egokia den baloratzea.

EKINTZAK

Azken bi urteetan, SKEZren betetze-mailari dagokion datu kuantitatibo orokorra %90etik gorakoa da. Datu onak izanik, badirudi barneratuta dagoela SKEZ tresnari esker areagotu egiten dela pazientearen segurtasuna; baina eraginkorra izango bada, ezinbestekoa da modu egokian aplikatzea.

Helburuak betetzeko, ekintza hauek planteatzen dira:

- Zerbitzu kirurgikoetako profesionali zuzendutako sentsibilizazio-saioak egitea, SKEZ modu eraginkorren erabiltzeak duen garrantziari buruz.
- Zerbitzu-erakunde bakoitzean SKEZren aplikazioa ebaluatzea, zerrendan jasotako urrats bakoitza behatu eta aztertzea bultzatuz, eta inplikaturako profesionali emaitzak jakinaraztea, etengabeko hobekuntzaren mesede.
- Ebakuntza-eremua markatu dadin sustatzeko, zerbitzu-erakunde bakoitzak “Ebakuntzak okerreko eremuan egitea ekiditeko protokoloa” egokituko du, antolamenduzko ezaugarrien arabera.
- Pazienteak leku batetik bestera mugitzea puntu kritikoa da segurtasunaren aldetik. Hori kontuan hartuta, protokolo korporatiboak prestatzea planteatuko da, pazienteak kirurgiako eremutik beste eremu batzuetara lekualdatu behar dituzten profesionalen adostasunarekin.
- Profesionalen arteko komunikazio-metodo egokiak bultzatzea, komunikazio-trebetasunei buruzko prestakuntzaren eta talde-lanaren bidez.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Kirurgia programatu urgentea egin zaien pertsonen ehuneko globala, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerrenda (SKEZ) aplikatuta.
- Kirurgia programatua egin zaien pertsonen ehunekoa, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerrenda (SKEZ) aplikatuta.
- Kirurgia urgentea egin zaien pertsonen ehunekoa, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerrenda (SKEZ) aplikatuta.
- Segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerrendaren (SKEZ) erabilera egokiari buruzko sentsibilizazio-saioak egin dituzten zerbitzu kirurgikoen ehunekoa.
- Segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerrendaren (SKEZ) erabilerari buruzko autoebaluazioa egin duten zerbitzu kirurgikoen ehunekoa.
- “Ebakuntzak okerreko eremuan egitea ekiditeko protokoloa” antolamenduzko ezaugarrietara egokitu duten erakundeen ehunekoa.

10I Segurtasuna haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko prozesu asistentzian

OINARRIAK

Emakumeei eta jaioberriei (JB) ematen zaien arretan segurtasuna garatzea lehentasunezkoa izan da Osakidetzaren pazientearen segurtasunerako estrategietan, eta hala jarraitzen du izaten. 2013-2016 eta 2017-2020 aldietan, esaterako, ama-haurren arretarako eremuetan txertatu da alderdi hori, arreta sanitarioari lotutako kontrako gertaerak minimizatzeke.

Segurtasunaren kulturari emandako bultzadari, ikaskuntzari eta jardunbide egokiak aplikatzeari esker, erakundeek eta ama-haurren arretarako eremuetako langileek aukera izan dute maila korporatiboan ezarriko diren ekintzak detektatzen jarraitzeko.

Nabarmenezkoa da obstetriziazainketei lotutako kontrako gertaeren (KG) intzidentzia-tasa % 3,6koa izan zela Europan¹³⁸. Ingresuen kausarik usuenen sailkapenean, agerian jartzen da erditzeak eragiten dituela ospitaleko ingresuen % 9,1 Estatuan¹³⁹, eta % 9,4 inguru, berriz, Osakidetzan. Osakidetzako ospitaleetako zesarea-tasa, bestalde, % 12,9-13,5koa izan zen bi estrategiek hartzen dituzten aldietan, eta ehuneko hori bat dator Osasunaren Mundu Erakundearen gomendioekin. Halere, zenbaki absolutuek erakusten dutenez, zesarea bidez erditu diren 2.000 emakumek baino gehiagok prebentzioa behar dute ebakuntza-eremua infektatu ez dadin, edo zainketak behar dituzte zauri kirurgikoa ahalik eta gutxien infektatzeko.

Nazioarteko datuen arabera, profesionalen arteko komunikazio-akatsak dira gertaera zelatarietan maizen esku hartzen duten faktorea. Talde-lanak praktika seguruak bilatzera garamatza, profesionalen arteko komunikazioa hobetzeko, eta, hala, amei eta jaioberriei ematen zaien arretarekin lotutako balizko arrisku-egoerak ezagutu eta minimizatzeke.

AURREKARIAK

Osakidetzaren Pazientearen Segurtasunaren Estrategia 2013-2016 eta Pazientearen Segurtasun Estrategia 2020 delakoetan, pazientearen segurtasunak berebiziko garrantzia du haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko (HEE) eremu asistentzietan. Eremuetan, haurdunaren segurtasuna ez ezik, jaioberriarena ere kontuan hartzen da.

Hasiera batean, ekintza-ildo honen asmoa zen teknologia berriak garatu eta ezartzea, amaren eta jaioberriaren osasunean eragina izan lezaketen kontrako gertaeren sortze-katean oztopoak ezartze aldera.

2014az geroztik, erreferentziazko lantalde bat dago, maila korporatiboan diharduena HEE prozesuko segurtasunaren alorrean. Ereku asistentzial eta kudeaketa-maila ezberdinetatik datozen emaginak, ginekologoak, pediatriak eta Pediatriako erizainak biltzen dira bertan. Lantaldearen ikuspegi-aldaketatik abiatuta, honako alderdi hauei eman zitzaizen lehentasuna:

- Praktika klinikoaren aldakortasuna murriztea, prozedurak sistematizatuz eta protokolizatuz.
- Lehen Mailako Arretan Osabide Global ezartzeko helburu estrategikoan lankidetzan jardutea, eta aplikazio horretan txertatzea haurdunaren, erditzearen, erdiberriaroaren eta jaioberriari emandako arretaren historia klinikoaren garapen informatikoa.

2017-2020 aldirako Pazientearen Segurtasunerako Estrategiaren garapenean, HEE lantalde erreferente korporatiboa osatzen duten profesionalak oinarritzko bi premisa ezarri zituzten:

Lehenengo premisa: haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko arreta-prozesuaren eta jaioberriari emandako arreta-prozesuaren fisiologiari eustea eta bultzatzea, iatrogeniak sortutako konplikazioak saihesteko.

Bigarren premisa: komunikazioa bermatzea eta sustatzea, mezuen aldakortasuna minimizatu eta asistentziaren transferentziaren eraginkortasuna errazteko.

Jarraian, hobekuntza-taldeek burututako ekintzak deskribatzen dira:

2013–2016 ALDIRAKO EKINTZAK

- Jaioberriaren Arretarako Segurtasun Klinikoko Protokoloa egitea, haurtxoa gurasoengandik edo ordezkariarengandik ez aldentzeko. Ekimen hau Estatuko ideia onenen artean egon zen, kudeaketako kategorian.
- Jaioberria identifikatzeko eta zaintzeko prozedurak garatzea.
- Guraso eta senideentzako diptikoa prestatzea: “Ez utzi ni bakarrik”.



18. irudia. "Ez utzi ni bakarrik" diptikoa.

- Jaioberriaren historia kliniko informatizatu ezartzea.
- Diziplinarteko taldeak sortzea, jaioberriaren elikadura-protokoloa eta erdiberriaroen arreta emateko protokoloa prestatu eta garatze aldera, gerora Lehen Mailako Arretan eta Ospitaleko Arretan aplikatzeko, maila korporatiboan.

2017-2020 ALDIRAKO EKINTZAK

- “Jaioberriaren arretaren segurtasuna” protokoloa eta “Ez utzi ni bakarrik” eskuorria (2014) ebaluatu eta berrikustea. Harrera-gutuna eta eskuorria hobetzea. “Ez utzi ni bakarrik” eskuorria itzultzea hizkuntza hauetara: arabiera, ingelesa, urdu, frantsesa, pakistandarra eta txinera.
- “Jaioberri osasuntsuaren arreta erditzean eta erdiberriaroen” protokoloa prestatu, baliozkotu eta onestea, Ospitaleko Arretan eta Lehen Mailako Arretan aplikatzeko.
- Erdiberriaroen ospitaleko arreta emateko protokoloa eta Erdiberriaroen lehen mailako arreta emateko protokoloa prestatu, baliozkotu eta onestea. Protokolo horiek erdiberriaroko zainketak jasotzen dituzte, betiere amaren autonomia errespetatuta eta sustatuta.
- “Jaioberriaren elikadura” protokoloa prestatu, baliozkotu eta onestea, amagandiko edoskitzeak irauin dezan sustatzeko eta babesteko, amaren eta jaioberriaren osasun fisiko eta emozionalerako dituen onurengatik, betiere amaren borondatea errespetatuta.
- “Arrisku txikiko erditzeetan arreta ospitalean” protokoloa prestatu, baliozkotu eta onestea; izan ere, erditzeetan emandako arretak emakumeak izan behar ditu ardatz, haien esperientzia ahalik eta onena izan dadin.





19. irudia. Haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko prozesu asistentzialetako segurtasun-protokoloak.

- Protokolo berriak maila korporatiboan hedatu eta ezartzea, ama-haurrei arreta ematen dieten zerbitzu-erakundeetan.
- Haurdunentzat edo erditu direnentzat prestatutako protokoloak hedatzea, Osasun Sailaren eta Osakidetzaren laguntzarekin.
- Erditze-eremuetatik kanpoko larrialdiko erditzeetan arreta emateko protokoloa prestatu, baliozkotu eta onestea, praktika klinikoaren aldakortasuna murriztuz dadin erakunde sanitarioen eta arreta-maila desberdinen artean (Lehen Mailako Arreta, EAG, Emergentziak, erditze-eremu gunerik gabeko ospitaleak eta erditze-eremuak dituztenak).

Pazientearen Segurtasunerako Estrategian (2021-2030), segurtasuna sustatzen jarraituko dugu haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko (HEE) prozesu asistentzian. Hala, orain arte bezala, talde multiprofesionalak sortuko ditugu, ama-haurrei arreta emateko zerbitzuen gaineko ezagutza eta esperientzia duten profesionalen parte hartzearekin; praktika seguruak garatuko ditugu; arriskua modu erreaktiboan aztertu eta kudeatuko dugu; hobetzeko aukerak hautemango ditugu, eta ekintza zuzentzaileak gauzatu.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

1. Haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko prozesu asistentzialaren eta jaioberriaren prozesu asistentzialaren segurtasuna areagotzea, balizko kontrako gertaerak murriztearren; horretarako, haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko prozesuaren fisiologia sustatu eta aktibatu behar da.

2. Erditzearen aurretik, bitartean eta ondoren, ama-haurrari eragin diezaieketen kontrako gertakari eta gertakari zelatariei aurre egiteko jardunbideak garatzea.
3. Profesionalen arteko komunikazioa bermatzea eta sustatzea.
4. Kontrako gertaera larriak (heriotza, kalte iraunkorra, aldi baterako kalte larria) kudeatzeko estrategiak osatzea, gertatzen direnerako, baita gertaera horien biktimak, senideak eta profesionalak laguntzekoak ere.
4. Emakumeek eta senideek haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko segurtasun-prozesuan parte har dezaten sustatzea.

EKINTZAK

1. Haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko prozesu asistentzialaren eta jaioberriaren prozesu asistentzialaren segurtasuna areagotzea, balizko kontrako gertaerak murriztearren; horretarako, haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko prozesuaren fisiologia sustatu eta aktibatu behar da.

HAURDUNALDIA

- Haurdunaldiko prozesu asistentzialaren lantaldea sortu, sustatu eta iraunaraztea.
- Irizpide asistentzialak bateratzea haurdunaldi arruntaren arretarako protokolo korporatibo bakarrean.
- Haurdunaldi arruntaren arretarako protokoloa hedatu, ezarri, ebaluatu eta berrikustea.

ERDITZEA

- Erditze-eremuetatik kanpoko larrialdiko erditzeen arretarako protokoloa hedatu eta ezartzea.
- Zabaldutako protokoloak ebaluatu eta berrikustea aldian-aldian.

ERDIBERRIAROA

- Zabaldutako protokoloak betetzen diren ebaluatzea aldian-aldian.

JAIOBERRIAK

- Zabaldutako protokoloa betetzen den ebaluatzea aldian-aldian.
2. Erditzearen aurretik, bitartean eta ondoren, ama-haurrari eragin diezaieketen kontrako gertakari eta gertakari zelatariei aurre egiteko jardunbideak garatzea¹⁴⁰⁻¹⁴¹.

- Amaren heriotza.
- Fetuaren heriotza.
- Gorputz arrotza barrunbean.

3. Komunikazioa bermatu eta sustatzea.

- Pazientearen segurtasunarekin eta komunikazio-trebetasunekin lotutako ikastaroen egutegia ezartzea, eta, prozesu asistentzian zehar proba diagnostikoen alerta-balioak eta balio kritikoak protokolo korporatiboetan sartzen jarraitzea.
- Prozedurak garatzea jarduera-protokoloetan, mailen arteko koordinazioa eta komunikazioa bermatu dadin ospitaleko eremuetan eta Lehen Mailako Arretan.
- Ama-haurren arretako erakunde bakoitzean kudeatzen diren kontrako gertaerei buruzko ikaskuntza erakundeen artean.

4. Kontrako gertaera larriak (heriotza, kalte iraunkorra, aldi baterako kalte larria) kudeatzeko estrategiak osatzea, gertatzen direnerako, baita gertaera horien biktimak, senideak eta profesionalak laguntzekoak ere.

- Talde asistentzietako kideek akatsak, gorabeherak eta kontrako gertaerak antzematea bultzatzea.
- Kontrako gertaera larriak (heriotza, kalte iraunkorra, aldi baterako kalte larria) kudeatzeko ezarritako estrategiak betetzen direla sustatzea eta betetzea, baita gertaera horien biktimak, senideak eta profesionalak laguntzekoak ere.
- Haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko prozesu asistentzian diharduen talde korporatiboari eustea (eremu asistentzietako emaginak, ginekologoak, pediatrak eta erizainak, kudeaketa-maila ezberdinetakoak), estrategien garapena bermatzen eta segurtasunaren kulturaren baterako ikaskuntza sustatzen jarraitzeko.
- Diziplina anitzeko segurtasun-taldeak sortzea ama-haurren eremuetan, profesional horien zerbitzuetan arriskua kudeatzeko, kontrako gertaerak detektatu ondoren, baita arriskua ikertzeko, hari erantzuteko eta, hala badagokio, bideratzeko ere, ezagutzera eman eta baloratze aldera.
- Egiatzen-sistemak garatzea, prozeduretan arriskuak ezabatzeko.
- GNS-10 kodeketa emakumearen eta jaioberriaren historia klinikoan, arriskua kudeatzeko.
- Simulazioan oinarritutako talde-lana (sorbalduko distozia, zesarea urgentea, haurra ipurdiz jaiotzea, erditze ondoko odoljarria eta jaioberrien berpiztea)¹⁴².

- Praktika seguruak ezartzea medikazioa modu seguruan eman eta erabiltzeko.
 - Ebidentzian oinarritutako neurri sorta bat aplikatzea (*bundles*), alegia, praktika kliniko onenari erantzuten dioten esku-hartzeen multzoa. Neurri horiek guztiak elkarrekin ezarrita, emaitza hobea lortzen da banaka ezarrita baino (erditze ondoko odoljarioan, haurdunaldiko egoera hipertentsiboetan edo tronboenbolismo benosoan)¹⁴³.
5. Emakumeek eta senideek haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko segurtasun-prozesuan parte har dezaten sustatzea¹⁴⁴:
- Emakumeak eta senideak inplikatzeko arreta medikoko erabakiak hartzeko prozesuan, baimen informatuaren bidez, eta pazienteei laguntzea prozedurei, medikamentuei eta zainketaren edozein alderdiri buruzko galderak egin ditzaten.
 - Emakumeekiko eta familia osoarekiko komunikazioa eta harremana hobetzea, arriskuei buruzko azalpen argia, zehatza, zintzoa eta egokia oinarri hartuta.
 - Honako hauen balorazioa egitea: dauden informazio-iturriak, kontrako gertaerak, zelatariak, keak, ondare-erreklamazioak, iradokizunak, aitortzak, etab.
 - Prozesuaren etapetan esku hartzea (ama izateko prestaketa, ospitaleko telebistak, komunikabideak...), emakumeek eta senideek parte har dezaten haurdunaldi-erditze-erdiberriaroko (HEE) segurtasun-prozesuan.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Tresna bidezko erditzeak.
- 3. eta 4. mailako urradurak.
- Zesarea bidezko erditzeak.
- Infekzio puerperala duten erdiberrien tasa.
- Konplikazio hemorragikoen tasa.
- Erditu osteko urgentziazko berringresuen tasa.
- Episiotomia bidezko erditze eutozikoaren ehunekoak.
- Amen heriotza-tasa.
- Jaioberrien heriotza goiztiarren tasa.

11I Pazientearen segurtasuna larrialdi-zerbitzuetan

OINARRIAK

Larrialdi-zerbitzuetan (LZ) segurtasun-gorabeherak gertatzeko arrisku handiagoa dago, besteak beste, faktore hauengatik¹⁴⁵⁻¹⁴⁶: arreta urgentearen berezko ezaugarriak (presio asistentziala, zailtasunez aurreikus daitezkeen muturrekin; erabaki azkarrak hartu beharra, eta, batzuetan, informazio gutxi izatea aurrekari pertsonalei buruz; patologien aniztasuna; artatutako pertsonen konplexutasuna...); baita prozedura eta teknikak, komunikazioa, eta antolamenduzko beste faktore batzuk ere.

Kasu gehienetan, larrialdi-zerbitzuak osasun-sisteman sartzeko atea dira; pazienteak hartzen dituzte, eta beste unitate edo zerbitzu batzuetara ere bidaltzen. Hori dela eta, beharrezkoa da zerbitzuon arteko koordinazio egokia, ahalik eta asistentziarik seguruen emateko. Horregatik, komunikazioarekin eta koordinazioarekin zerikusia duten arazoek arreta berezia merezi dute. Izan ere, zailtasunak ager daitezke artatutako pertsonekin, dela hizkuntza-oztopoengatik edo egoera klinikoagatik (koman egotea, desorientatuta, etab.), dela talde asistentzialaren barruan, batez ere asistentziaren transferentzietan informazioa transmititzeari, txanda-aldaketei eta ahozko aginduei dagokienez¹⁴⁷⁻¹⁴⁸.

Larrialdi-zerbitzuetako kontrako gertaeren (KG) intzidentzia kalkulatzea zaila da; baina kontsultatutako bibliografiaren arabera, % 1,3 eta % 12 artekoa da¹⁴⁹⁻¹⁵². Egindako azterlanek, halere, errealitate partziala islatzen dute, eta LZetan gertatzen diren segurtasun-gorabeherak gutxiesten. Horren arrazoi nagusia da azterlan gehienak atzera begirakoak direla, eta historia klinikoek eta txostenen berrikusketan oinarritzen direla, eta, beraz, litekeena dela bertan dena erregistratuta ez egotea. Aurretik larrialdi-zerbitzuetan arreta jaso duten ospitalizatutako pazienteekin egindako azterlanetan, bestalde, LZn lehen arreta jaso eta ospitalizatutako pazienteak soilik hartzen dituzte kontuan; hau da, larrialdietan arreta jaso eta alta eman zaien pazienteak (% 80-90) alde batera uzten dira. Segurtasun-gorabeheren agerpenari buruzko beste informazio-iturri batzuk daude, hala nola larrialdietara berriz joateari buruzko analisia¹⁵³.

Gure inguruan, zenbait azterlan egin dira larrialdi-zerbitzuen eremuko segurtasun-gorabeherari buruz. Hauek dira emaitzak:

- ENEAS azterlanaren arabera (Ospitalizazioarekin lotutako Kontrako Ondorioei buruzko Azterlan Nazionala)³ -zeinak historia klinikoan jasotako datuak aztertzen baititu-, ospitalizazioan hautemandako kontrako gertaeren % 0,8k larrialdi-zerbitzuetan dute jatorria.
- 2010ean, 21 larrialdi-zerbitzutan egindako EVADUR azterlan prospektiboak (Larrialdietan gertatzen diren Kontrako Gertaerei buruzko Azterlana)¹⁵² agerian utzi zuen larrialdietan arreta jasotakoen % 12k segurtasun-gorabeheraren bat pairatu zutela. Gertaeren % 1,1ek ez zuen eraginik izan pertsonarengan, % 4,8k ez zion kalterik eragin, eta % 7,2k ondorioak izan zituen harengan.
- ERIDA azterlanak (Larrialdietan ematen den Arretarekin lotutako Gorabeheren Eskualdeko Azterlana)¹⁵⁴, ENEAS eta EVADUR azterlanen metodologiari jarraitzen dionak, antzeko emaitzak islatu ditu: LZetan artatutako pertsonen % 11,9k segurtasun-gorabeheraren bat izan dute.

Segurtasun-gorabeherak eragiten dituzten faktoreei dagokienez, sailkapenean desberdintasunak egon arren, ohikoenak profesionalen arteko komunikazioarekin, medikazioaren erabilerarekin, zainketekin eta diagnostikoarekin lotutakoak izan ziren. Hala ere, LZetako pazientearen segurtasunari buruzko azterlan guztiek badute ezaugarri komun bat: segurtasun-gorabeheren saihesgarritasun teorikoaren maila handia, % 70 ingurukoa.

Hurbilketa kuantitatibo horrek agerian uzten du badagoela premia eta aukera LZetako segurtasun-gorabeherak murrizteko, eta, horrekin batera, artatutako pertsonen eragin dakizkieketen kalteak ere bai.

AURREKARIAK

Osakidetzaren Pazientearen Segurtasun Estrategia 2020 delakoan, zenbait ildo berri identifikatu ziren, besteak beste, LZetan pazientearen segurtasuna bultzatzea. Jarduera asistentzial espezifiko arloa izateaz gain, probabilitate handia dago segurtasun-gorabeherak gertatzeko, eta, horregatik, profesionalak ildo hori sustatzeko beharra adierazi dute.

Aipatutako ildoak garatzeko, metodologia hau erabili da:

- Erreferentziazko lantalde bat eratzea LZetan pazientearen segurtasuna bermatzeko. Bertan, erakunde guztiak daude ordezkaturak, zerbitzu-buruzagitzen eta LZetako profesionalen bidez.

- Erreferentziazko lantaldeak arrisku-eremu nagusiak identifikatzea, eta pazientearen segurtasunari dagokionez LZetan indarrean dauden ekimenak berrikustea. Gainera, LZetan segurtasuna lantzeko estrategia definitu zen, lan-arlo hauek lehenetsiz:
 - Pazienteen identifikazioa.
 - Pazienteen transferentziak.
 - Infekzioaren prebentzioa
 - Medikazioa.
 - Triajea.
- Zehaztutako arloak jorratzeko, diziplina anitzeko profesionalen azpilantaldeak eratu ziren LZetan, eta haien lanetik eta adostasunetik abiatuta, jardunbide egokien hainbat dokumentu egin dira:
 - Larrialdi-zerbitzuetan pazienteen transferentziak egiteko jardunbide egokiak.
 - Larrialdi-zerbitzuetan infekzioak prebenitzeko jardunbide egokiak.
 - Larrialdi-zerbitzuetan medikamentuak erabiltzeko sistemarako jardunbide egokiak.



20. irudia. Larrialdi-zerbitzuetako jardunbide egokien protokoloak.

Hori dela-eta, erreferentziazko lantaldeak adostutakoarekin bat etorritz, eta segurtasun-estrategia honen gai berriei ekin aurretik, badaude ahalik eta azkarren egin beharreko ekintzak, prestatutako dokumentuetan jasotako gomendioak hedatu eta ezartzera bideratutakoak.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Helburu nagusia

LZetan pazientearen segurtasuna hobetzeko estrategiak sustatzea eta indartzea, ikuspegi korporatiboarekin.

Helburu espezifikoak

1. Estrategia korporatibo bat izatea LZetan pazientearen segurtasuna sustatzeko.
2. Segurtasun-gorabeheren jakinarazpena eta analisisa sustatzea, hobekuntza-ekintzak finkatu eta ezartzeko.
3. Prestatutako jardunbide egokien dokumentuetako gomendioak hedatzea eta jardunbide seguru berrien garapena sustatzea.
4. Profesionalen arteko komunikazioa eta koordinazioa bermatu eta sustatzea.
5. LZetan adineko pazienteei modu integralean heltzea, hainbat dimentsiotatik, haien beharretara egokitutako asistentzia segurua bermatze aldera.
6. Pazienteen deribazioei heltzea (LZetatik eta LZetara).
7. Zirkuituak berrikustea eta, hala badagokio, egokitzea, eskari asistentzialaren arabera.

EKINTZAK

Proposatutako helburuak betetze aldera, ekintza edo alderdi nagusi hauek gauzatu behar dira:

- Ekintza-ildoko erreferentziazko lantaldea gidatzea eta lantalde horrekin jarraitzea.
- Larrialdi-eremuetan segurtasuna sustatzeko estrategia definitzea.
- Prestatutako jardunbide egokien dokumentuak hedatzea, eta LZetako profesional guztiek ezagutzen dituztela bermatzea.
- Prozesuak homogeneizatzeko eta arriskuak minimizatzeko zehaztutako gomendioak ezartzea, eta LZ bakoitzeko lan-plana adostu eta finkatzea.
- Gomendatutako jardunbide seguruen ezarpena ebaluatzea.

- Pazientearen segurtasunerako lantaldea / segurtasuneko erreferentea izatea LZ bakoitzean. Profesionalen lidergoa sustatu eta aintzatestea.
- Etengabeko prestakuntza sustatzea. LZetako langileen prestakuntza-beharrak jaso eta jakinaraztea.
- Profesionalen arteko, profesionalen eta pazienteen arteko eta asistentziaren transferentzietarako komunikazioa hobetzeko eta sustatzeko ekintzak gauzatzea.
- Pazienteak sailkatzeko sistemak berrikustea (triajea), eta hobetzeko gomendioak egitea.
- Farmazia-zerbitzuen eta LZen arteko lankidetzak-kanalak ezartzea, pazientearen segurtasuna hobetzeko ekimenak batera landu ahal izateko, medikamentuak erabiltzeko sistemari dagokionez.
- Adineko pazienteak LZetan artatzeko estrategia espezifiko bat gauzatzea, kontsultaren arrazoiaren baloraziotik haratago doazen alderdiei helduz.
- LZ bakoitzaren saturazio-kausa nagusiak aztertzea, hobekuntza-neurri espezifiko eta egingarriak diseinatu ahal izateko.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

Pazientearen segurtasuneko adierazle orokorrak

- Larrialdi-zerbitzuetan segurtasuneko erreferente bat duten erakundeen ehunekoa, edo, gutxienez, zerbitzu-erakundeko Segurtasun Batzordean larrialdi-zerbitzuko profesional bat duten erakundeen ehunekoa.
- Jakinarazitako segurtasun-gorabeheren kopurua larrialdi-zerbitzuei dagokienez.
- Hobekuntza-ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gorabeheren ehunekoa.
- Ezarritako hobekuntza-ekintzen ehunekoa.

Pazientearen segurtasuneko adierazleak, medikamentuak erabiltzeko sistemarekin lotutakoak

- “Larrialdi-zerbitzuetan medikamentuak erabiltzeko sistemarako jardunbide egokiak” dokumentua hedatzeko egindako saio kopurua.

- “Larrialdi-zerbitzuetan medikamentuak erabiltzeko sistemarako jardunbide egokiak” dokumentua ezagutzen duten profesionalen ehunekoa.
- Medikazio-prozesuaren faseetako segurtasuna hobetze aldera, larrialdi-zerbitzuan Farmaziako fakultatiboen laguntza duten erakundeen ehunekoa.
- Larrialdi-zerbitzuetan medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunari buruzko autoebaluazio-galdetegia bete duten erakundeen ehunekoa.
- Prestakuntzan dauden langileei eta preskripzioak egiten dituzten gainerako profesionali Osakidetzak preskripzio elektronikoko sistemari buruz larrialdi-zerbitzuetan emandako prestakuntza-saioen kopurua.

Pazientearen segurtasuneko adierazleak, infekzioa prebenitzearekin lotutakoak

- “Larrialdi-zerbitzuetan infekzioak prebenitzeko jardunbide egokiak” dokumentua hedatzeko egindako saio kopurua.
- “Larrialdi-zerbitzuetan infekzioak prebenitzeko jardunbide egokiak” dokumentua ezagutzen duten profesionalen ehunekoa.
- Larrialdi Zerbitzuan arreta-protokolo espezifiko bat duten erakundeen ehunekoa, arnas patologiekin lotutako eskari asistentziala igotzen denerako.

Pazientearen segurtasuneko adierazleak, pazienteen transferentziekin lotutakoak

- “Larrialdi-zerbitzuetan pazienteen transferentziak egiteko jardunbide egokiak” dokumentua ezagutzen duten profesionalen ehunekoa.
- Pazienteen transferentzia egokia bermatze aldera (fisikoa zein informazioari dagokiona), ospitaleko beste zerbitzu batzuekin (ospitalizazioa, ZIU, ebakuntza-gela, etab.) adostutako protokoloak dituzten larrialdi-zerbitzuen ehunekoa.
- Pazienteen transferentzia egokia bermatze aldera (fisikoa zein informazioari dagokiona), Larrialdietako Garraio Sanitarioaren Sarearekin (LGSS) protokolo bat adostu duten larrialdi-zerbitzuen ehunekoa.
- Arreta eman zaien bitartean behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoa (identifikazio korporatiboko eskumuturrekoa dutenak).

12I Pazientearen segurtasuna emergentzietan

OINARRIAK

To Err is Human txostena argitaratu zenetik (1999) –zeinak agerian utzi baitzuen prozesu asistentzialetik eratorritako segurtasun-gorabeheren irismena–, pazientearen segurtasuna funtsezko elementu bihurtu da osasun-eremu guztietan. Osasun-sistemako maila asistentzialetako bat diren aldetik, larrialdi-zerbitzuetan kalterik gabeko arreta eskaini behar da. Erronka handia, beraz, kontuan hartzen baditugu testuinguru horretan segurtasun-gorabeherak agertzen lagundu dezaketen faktore guztiak.

Emergentsia-zerbitzuetan hainbat baliabide biltzen dira, besteak beste, pazienteen maneia hasierako jarduketan, bai zentro koordinatzailean, bai arreta ematen den lekuan, bai pazienteak beste maila asistentzial batera transferitzen direnean. Hori dela-eta, eremu honetan pazientearen segurtasunari heltzeko, emergentsia-zerbitzuen funtzionamendua bere osotasunean hartu behar da kontuan; era berean, arreta sanitarioko mailen eta profesionalen koordinazioa eta integrazioa funtsezko alderditzat hartu behar da, prozesu asistentzialak arrakasta izan dezan.

Ospitalez kanpoko larrialdi eta emergentzietan ematen den asistentzia sanitarioak ezaugarri espezifikoak ditu. Lehenik eta behin, aipatzekoa da egoera kritikoan dauden pazienteak eta denboraren mendeko patologia artatzea konplexua dela berez; izan ere, egoera horietan, langileek azkar hartu behar dituzte erabaki diagnostikoak eta terapeutikoak, normalean haientzat ezezagunak diren pertsonen dagozkienak. Horrez gain, hainbat patologia eta prozesuri egin behar zaie aurre, profesionalen artean hartu-eman handia dago, eta hainbat motatako prozedurez osatutako praktika da, arrisku handiko medikazioak erabiltzea dakarrena. Elementu horiek dira, hain zuzen, kontrako gertaerak agertzea errazten duten baldintza latente nagusiak¹⁴⁵.

Bada larrialdi-zerbitzuen bereizgarria den beste elementu bat: jarduera-ingurunea; batzuetan kontrakoa, zentro sanitarioetatik kanpokoa delako eta aldakortasun handia duelako (etxeak, bide publikoa, esparru itxiak, etab.). Faktore hori kontuan hartu behar da pazienteak sartzan direnean, arreta ematen zaienean eta haien ebakuazioan. Klimatologia-, argi- eta zarata-baldintzak aldakorrak dira, eta ez dituzte beti egoerak errazten. Era berean, nahiz eta inguruan jendea edo senideak egotea lagungarria izan daitekeen, emergentzietako lanaren oztopo bihurtu daitezke

batzuetan. Jarduera-egoerari dagokionez ere, funtsezkoa da gogoan izatea asistentziaren inguruneak zer-nolako arriskuak dakartzan, bai eta beste eremu batzuetako profesionalekin lankidetzan aritzeko aukera ere (suhiltzaileak, polizia, etab.), emergentzietako jarduera askotan profesional horiek egon badaudelako eta beharrezkoak baitira.

Emergentsia-zerbitzuek eta arreta-egoerek parez pare dituzten prozesuak konplexuak dira, eta horrek erronka handia dakar unitate horietako langileentzat, hainbat faktorek esku hartzen baitute; ondorioz, zerbitzu horietan segurtasun-gorabeherak sortzeko arriskua handiagoa da. Horregatik, unitate horiek arrisku handiko egoeretan lan egin behar dutenez, ezinbestekoa da trebetasun ez-teknikoak aintzat hartzea (trebetasun kognitiboak, sozialak eta baliabide pertsonalei dagozkienak), trebetasun teknikoen osagarri gisa, baita simulazioa ere, taldeak trebetasun horiek bere egin ditzan pazientearen segurtasunaren alde¹⁵⁵⁻¹⁵⁶.

Pazientearen segurtasunari buruz egiten diren azterlan epidemiologiko gehienak ospitale-eremua dute ardatz, eta, neurri txikiagoan, Lehen Mailako Arreta. Estatuan, bi eremu horietako eta beste eremu espezifiko batzuetako datu epidemiologikoak ditugu –hala nola ospitaleko larrialdietakoak eta Zainketa Intentsiboen unitatekoak–, arazoak gure inguruan duen garrantzira hurbiltzen gaituztenak. Datuok erakusten dute ezaugarri komun bat dagoela guztietan; hots, gorabeherak saihesteko aukera handia dagoela (% 43-70ekoa)^{3,4,152}. Ospitalez kanpoko larrialdi eta emergentziei dagokienez, segurtasun-gorabeheren maiztasuna eta tipologia zehazteko azterlanak urriak dira Estatuan; nazioartean egindakoak¹⁵⁷, berriz, ezin dira estrapolatu, asistentziaren egitura eta antolamendua desberdinak direlako.

Nazioartean, emergentzien eremuko pazientearen segurtasuna jorratzen duen argitalpen nagusietako batek¹⁵⁸ honako hauekin erlazionatzen ditu, funtsean, segurtasun-gorabeherak: irizpen klinikoaren kalitatearekin –langileen prestakuntza eta trebakuntzatik eratorritakoa–, medikazioarekin, in situ egindako intubazio endotrakealarekin, eta garraiorako erabilitako gailu mugikorren segurtasunarekin.

Gure inguruan¹⁵⁹, emergentzietako profesionalek egindako jakinarazpenei buruzko azterlan baten arabera, gorabeheren jakinarazpen-tasa % 0,5ekoa da. Jakinarazitako gorabeheren % 74,7k kaltea eragin zion artatutako pertsonari. Arazoen % 37,6 larrialdiak koordinatzeko zentroarekin lotuta egon ziren; % 13,4, garraioarekin; % 10,8, ibilgailuarekin, eta % 8,8, komunikazio-arazoekin. Jakinarazitako kontrako gertakarien % 70ek asistentzia sanitarioa atzeratzea ekarri zuten. Jakinarazleek ustez, gorabeheren % 88,1 saihets zitezkeen.

Nahiz eta zailtasunak egon emergentzien eremuko segurtasun-gorabeheren arazoaren garrantzia ezagutzeko, arrazoizkoa dirudi pentsatzea, arretaren ezaugarriak kontuan hartuta (urgentsia, larritasuna, arreta-egoera, talde-lana,

etab.), segurtasun-gorabeherak gertatzeko aukera handiagoa dagoela beste osasun-eremu batzuekin alderatuta. Hori bat dator EVADUR¹⁵² azterlanaren ondorioetako batekin; alegia, sistema medikalizatu batean (061/112 motakoa) edota ospitale arteko lekualdatze bidez larrialdietara joandakoen artean segurtasun-gorabehera gehiago egon direla euren kabuz joandakoen artean baino.

Horrenbestez, eta kontuan hartuta larrialdi-zerbitzuetako profesionalek beren lan-ingurunean pazientearen segurtasuna hobetzeko erakutsi duten interesa, estrategia berri honetan garatu beharreko ildotzat hartu da.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Helburu nagusia

Emergentsietako pazientearen segurtasunari heltzea, asistentziaren ondoriozko segurtasun-gorabeherak murriztea xede duten estrategia espezifikoek bidez.

Helburu espezifikoak

1. Estrategia korporatibo bat izatea Emergentsia Zerbitzura doan pazientearen segurtasuna bultzatu eta hobetzeko, lan-sistematika eta arreta-prozesuaren ezaugarriak kontuan hartuta.
2. Arriskuak kudeatzeko plan bat ezartzea, emergentsien eremuan segurtasun-puntu kritikoak aztertu eta definitzeko.
3. Prestakuntza sustatzea, segurtasunaren kultura sustatzeko aurretiazko urrats gisa.
4. Segurtasun-gorabeheren probabilitatea murrizteko jardunbide seguruen garapena bultzatzea, eta gorabehera horiek prebenitzen lagunduko duten oztopoak identifikatzea.
5. Profesionalen arteko komunikazioa eta talde-lana hobetu eta sustatzea.

EKINTZAK

- Ildoaren erreferentziazko lantaldea osatu eta koordinatzea, emergentsien arloan adituak diren diziplina anitzeko profesionalek osatua.

- Arrisku handieneko eremuak detektatzea, eta, horretan oinarrituta, jarraitu beharreko estrategia definitzea, emergentzien arloan pazientearen segurtasuna sustatu eta hobetzeko programa espezifikoak bultzatze aldera.
- Segurtasun-puntu kritikoak zehaztu ondoren, segurtasun-gorabeherak sor ditzaketen egoera kaltegarriak prebenitzeko hesiak jartzea.
- Profesionalek segurtasun-gorabeherak jakinarazi eta azter ditzaten sustatzea. Horrela, arazoak identifikatu, arrazoiak aztertu eta hobekuntza-ekintzak garatu ahal izango dira, gorabeherak berriz gertatzea saihesteko edo gutxiagotan gerta daitezen.
- Kontrako gertaerak modu integralean kudeatzea eta gertaera horietatik ikastea, ahalik eta eragin txikiena izan dezaten paziente, senide, langile eta erakundearengan.
- Emergentsietako prozesu asistentzialaren arloei buruzko praktika seguruen garapena bultzatzea, besteak beste:
 - Pazienteak identifikatzea, emergentsietako identifikazio-sistemak baloratzea eta sistema horien erabilerari buruzko gomendioak prestatzea.
 - Biktima anitz dituzten gorabeherak.
 - Segurtasuna medikamentuak erabiltzeko sisteman.
 - Denboraren mendeko patologiak artatzea.
 - Asistentziaren transferentziak eta gainerako asistentzia-mailekiko koordinazioa (ospitaleko larrialdiak, Lehen Mailako Arreta, etab.).
 - Larrialdiaren benetako kokapena; anbulantzien mobilizazio okerrak.
- Prestakuntza-premia espezifikoak antzematea, eta simulazioaren bidez trebetasun teknikoak eta ez-teknikoak eskuratzeko teknika eta prozeduren erabilera sustatzea.
- Pazienteen transferentzietan, hau da, jarraitutasun asistentzialaren une ezberdinetan, taldeen arteko komunikazioa eraginkorra izan dadin sustatzea.
- Sistema argi, seguru eta estandarizatuak ezartzea informazioa transmititu eta erregistratzeko (bereziki informazio ez-presentzialari dagokionez).

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- “Pazientearen segurtasunari buruzko oinarrizko ikastaroa” egin duten Emergentsia Zerbitzuko profesionalen ehunekoak.
- Jakinarazitako segurtasun-gorabeheren kopurua, emergentziei dagokienez.
- Hobekuntza-ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gorabeheren ehunekoak.
- Ezarritako hobekuntza-ekintzen ehunekoak.
- “Bigarren eta hirugarren biktinekiko esku-hartzea pazientearen segurtasunaren eremuan” ikastaroa egin duten emergentzietako profesionalen ehunekoak.
- Emergentsiak erakundearekin protokolo bat adostu duten erakundeen ehunekoak, pazienteen transferentzia egokia bermatzeko (transferentzia fisikoa zein informazioari dagokiona barne).
- Arreta eman zaien bitartean behar bezala identifikatutako pertsonen ehunekoak.
- Anbulantzien mobilizazio okerren ehunekoak.

13I Pazientearen segurtasuna zainketei dagokienez

OINARRIAK

Presio-ultzeren (PEU) eta erorikoen ondoriozko arreta eta zainketekin zerikusia duten prozesuei heltzeko, Osakidetza sistema protokolizatu bat du, honako hauek biltzen dituena: tekniken prozedurak; ospitaleko altan emateko gomendioak; presio-ultzerak prebenitu eta zaintzeko protokoloak: erortzeko arriskua baloratu eta prebenitzeko protokoloak; zainketa plan estandarizatuak, etab. Horrez gain, historia kliniko elektronikoko erizaintzako tresnetan erregistratu eta ezartzeko aukera jasotzen da, zeinetan ebaluazio-sistema txertatuta dagoen.

Etengabeko hobekuntzaren kulturari jarraituz, sistema hori berrikusi eta eguneratu egin da, lortutako emaitzen eta ikasitakoaren arabera, eta hurrengo plan estrategikoetan islatutako ildo estrategiko zein helburuen esparruan sortutako beharrak kontuan hartuta.

Prozesu biei jarraipena eman nahian, 2013-2016 aldirako estrategian eta 2020-2022 estrategian bi faktore hartu ziren kontuan: batetik, presio-ultzerak dira saihesteko aukera gehien duten kontrako gertaeretakoa bat, eta, bestetik, ospitalizazioan izandako erorikoak erronka handia dira osasun-sistementzat.

Ohean egon behar duen edonork izan ditzakeen konplikazioen artean, PEUak dira ondoen prebenitu eta trata daitezkeenak. Pazientearen segurtasunarekin eta erizainek emandako zainketekin daude lotuta, eta arazo larria dira, ez bakarrik artatutako pertsonarentzat, baita senideentzat eta sistema osoarentzat ere¹⁶⁰.

Erortzeko arriskua nabarmen handitzen da ospitaleko ingresuan, bai norberaren berezko faktoreengatik (narriadura fisikoak, buru-nahasmenduak, etab.), bai ingresuari berari lotutako kanpo-faktoreengatik (ingurune ezezaguna, gailuak, ingurumen-faktoreak, etab.). Ospitalizazioan izandako erorikoek zenbait faktoreekin dute zerikusia, hala nola osasun-zerbitzuak gero eta gehiago erabiltzearekin (ospitaleko egonaldia iraupena luzatzea barne), pertsona egonaldi ertain-luzeko zentroetara eramatearekin edo egoitzetan instituzionalizatzarekin¹⁶¹. Kalkulatzen da erorikoen ia heren bat aurreikus daitekeela.

AURREKARIAK

2014-2015 aldian abiarazi ziren PEU-UPP Adi!¹⁶² (presio-ultzeri buruzkoa) eta Eroriko Ez!¹⁶³ ekimen korporatiboak. Helburuak zehazteko orduan, kontuan hartu zen zerbitzu-erakunde bakoitzean gauzatutako jardunbide egokiek zer-nolako balioa duten alderdi hauei dagokienez: PEUak eta erorikoak kudeatzea, jardunbide egokiak maila korporatiboan ezar daitezkeen aztertzea, eta Osakidetza osoan aplikatu daitezkeen praktikak zabaltzea.

Bi prozesuotan, esku hartzeko lau osagai bereizi hartu ziren kontuan, elkarrekin lotura dutenak:

1. Antolamendu-osagaiak: esate baterako, politikak, protokoloak eta prozedurak; ebaluazio-prozesuak; prestakuntza, eta zainketaren jarraitutasuna.
2. Arriskua baloratzea, baliozkotutako tresnen bidez.
3. Zainketak optimizatzea.
4. Ereku asistentzialen eta instituzionalen artean zainketak koordinatzea, baterako komunikazioaren eta ikaskuntzaren alde.

Ekimen horiei esker, hainbat jardunbide egoki ezarri ahal izan ziren, zerbitzu-erakunde bakoitzean aurrera eramandako aurretiko esperientzietan oinarrituta eta eremu asistentzial bakoitzaren ezaugarriak kontuan izanik (Arreta Espezializatua, Lehen Mailako Arreta, Osasun Mentala eta Emergentziak).

Erabilitako metodologiak zerbitzu-erakunde guztien adostasuna izan zuen oinarri, eta lantalde espezifiko bat sortu zen prozesuotan parte hartzen duten erakunde guztien ordezkariekin. Lantaldean, kontsentsuzko hainbat dokumentu sortu ziren; bertako kideek, bestalde, erreferente gisa jardun dute ekimenean adostutako neurriak ezartzeko beren erakundeetan. Lantalde horren ahaleginaren emaitza dira neurri hauek:

2014–2017 ALDIRAKO EKINTZAK

- Bi prozesuotarako ekimen korporatiboaren plangintza.
- Lantalde korporatiboa sortzea, presio-ultzeri buruzko gida eta erorikoen protokoloa gauzatzeko.
- Presio-ultzerak prebenitu eta zaintzeko jarduketa-gida. Gida gauzatu, hedatu, zabaldu eta erakundeetan ezartzea (2017).
- Erorikoak prebenitzeko protokoloa. Protokoloa gauzatu, hedatu, zabaldu eta ezartzea (2017).

- “Presioak eragindako ultzerak” eta “Lagundu erorikoak ekiditen” eskuorri korporatiboak egitea paziente eta zaintzaileentzat, prebentzio- eta hezkuntza-helburuekin.

2017-2020 ALDIRAKO EKINTZAK

- PEU-UPP Adi! ekimenaren ezarpenaren eta garapen korporatiboaren jarraipena egitea.
- Presio-ultzeren intzidentziari buruzko datuen etengabeko ebaluazioa egitea.
- Eroriko Ez ekimenaren ezarpenaren eta garapenaren jarraipena egitea.
- Erorikoen intzidentziari buruzko datuen etengabeko ebaluazioa egitea.

Pazientearen Segurtasunerako Estrategia 2030 delako honetan, zainketei lotutako jardunbide egokiak bultzatuko dira, segurtasunaren kultura eta ikaskuntza sustatze eta litezkeen kontrako gertaerak minimizatze aldera, Osakidetzan artatutako pazienteengan presio-ultzerek eta erorikoek duten intzidentziari eta prebalentziari dagokienez.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

Ildoaren urteko jarraipenerako eta ebaluaziorako adierazleak zerbitzu-erakunde bakoitzean baloratuko dira, orain arte bezala, Osasun Sailaren kontratu-programa betetzeko, baita maila korporatiboan ere. Hauek dira adierazleak:

- Presio-ultzerak izateko arriskuaren balorazioa egin zaien ospitalizatutako pertsonen ehunekoak.
- Presio-ultzeren urteko prebalentzia-azterlan bat eginda edukitzea erakundean.
- Urteko prebalentzia-azterlanaren bidez hautemandako ultzeren ehunekoak, Osanaiaren bidez aitortu ez direnena.
- II. mailako edo goragoko ospitale-barneko presio-ultzeren intzidentzia-tasa, Osanaiaren bidez aitortu direnena.
- Ospitale-barneko erorikoen intzidentzia-tasa, Osanaiaren bidez aitortu direnena.

14I Medikazioa erabiltzearen inguruko jardunbide egokiak

GINARRIAK

Medikazio-akatsak eragindako kontrako gertaerak osasun publikoko arazo larria dira, eta ondorio garrantzitsuak dituzte, dela giza ikuspegitik, dela ikuspegi asistentzial eta ekonomikotik.

Erresuma Batuan egindako azterlan baten arabera, hango osasun-zerbitzuan (National Health Service) 237 milioi medikazio-akats egiten dira urteko, zeinetatik % 28k pertsonengan dute eragina¹⁶⁴⁻¹⁶⁵. Horrelako akatsak medikazio-prozesuaren etapa guztietan gertatzen dira (preskripzioa, trantsizioa, banaketa, ematea, eta monitorizazioa), baita eremu asistentzial guztietan ere (Lehen Mailako Arreta, ospitaleko arreta eta zentro soziosanitarioak).

Estatuan egindako zenbait azterlan epidemiologikok erakutsi dute medikazio-akatsak direla detektatutako kontrako gertaeren ehuneko esanguratsu bat. Esaterako, ENEAS³ azterlanaren arabera, ospitalizatutako pazienteengan detektatutako kontrako gertaeren % 37,4 medikazioarekin lotuta zeuden, eta gertaera horietatik % 34,8 saihesgarritzat jo ziren. APEAS⁴ azterlanak, bestalde, agerian jartzen du Lehen Mailako Arretan artatutako pertsonengan hautemandako kontrako gertaeren % 47,8k medikazio-akatsekin lotura dutela.

Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) ustez, medikazio-akats guztiak prebeni daitezke, baita murriztu edo saihestu ere, medikazio-sistemak eta -praktikak hobetuz gero (hala nola medikazioa eskuratzea, preskribatzea, prestatzea, banatzea, ematea eta monitorizatzea edota haren jarraipena egitea). 2017. urtean, OMEk pazientearen segurtasunerako hirugarren mundu-erronka abiarazi zuen, “Kalterik gabeko medikamentuak” lemapean (*The Third Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*). Medikazio-akatsak eta haiekin lotutako akatsak murriztea helburu duen nazioarteko ekimena da, lehentasunezko hiru arlo hauetan segurtasuna hobetzeko jarduerak ezartzea gomendatzen duena: arrisku handiko egoerak, polimedikazio desegokia eta trantsizio asistentzialak¹⁶⁶.

Arrisku handiko egoeretan, medikazioarekin lotutako faktoreak dira eragile nagusietako bat¹⁶⁷. Ia edozein medikamentu izan ditzake nahi ez bezalako ondorioak; hala ere, badira kalte larriak edota heriotza eragin lezaketen medikamentuak, baldin eta oker erabiltzen badira. “Arrisku handiko medikamentu” deritze¹⁶⁸.

Kontrako gertaera larriei loturiko medikazio-akats gehienek zerikusia dute farmako kopuru mugatu bat erabiltzearekin; hortaz, posible da, baita gomendagarria ere, hobekuntza-ekintzak haietan ardaraztea¹⁶⁹. Institute for Safe Medication Practices (ISMP) institutuak, bestalde, ospitaleetan oso arriskutsutzat hartzen diren medikamentuak zerrendatu zituen. Zerrenda hori, egun, mundu osoan erabiltzen da erreferentzia gisa, eta Estatuan erabiltzen diren medikamentuen arabera eguneratu eta egokitu da¹⁷⁰.

Arrisku handiko medikamentuak lehentasunezko helburuak dira erakunde eta agentzien segurtasun klinikoa hobetzeko gomendio edo estrategien barruan, nazioartean zein Estatuan.

Esaterako, Osasun Sistema Nazionalerako Kalitate Planak jardunbide egokien dokumentu bat ezarri zuen 2007an, arrisku handiko medikamentuen segurtasuna hobetzeko¹⁷¹. ISMPekin batera, “Ospitaleetan medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasuna autoebaluatze galdetegia” prestatu zuten. Ospitaleetan erabiltzeko laguntza-tresna bat da, medikamentuak erabiltzen dituzten sistemen segurtasuna ebaluatze. Langile sanitarioak medikamentuen segurtasuna hobetzen duten praktiketara hurbiltzea ere bada asmoa, hobetzeko aukerak identifika ditzaten, gerora jarduketa-programak ezarri ahal izateko¹⁷².

2019an, Zainketa Intentsiboen unitateetara egokitu zen galdetegia, Medikuntza Intentsiboko zerbitzuetan medikamentuen erabileraren segurtasuna autoebaluatze (*Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva*¹⁷³). Izan ere, unitate horiek dituzten ezaugarriengatik, arrisku berezia dago bertan medikazio-akatsak gertatzeko eta artatutako pertsonen kontrako gertaerak eragiteko. Duela gutxi egindako azterlan bati esker jakin da, batetik, zerbitzu horietan zenbateraino ezarri diren medikamentuekin zerikusia duten jardunbide seguruak, eta, bestetik, hobetzeko zer aukera dagoen. Azterlan horren arabera, jardunbide seguru eraginkor ugariren ezarpen-maila txikia da, eta beharrezkoa litzateke haiei heltzea egoera kritikoan dauden pazienteen medikazio-akatsak murrizteko¹⁷⁴.

Espainiako Osasun Sistemaren Pazientearen Segurtasunerako Estrategiak (2015-2020) jardunbide kliniko seguruak jasotzen ditu bere ildo estrategikoen artean, hala nola medikamentuen erabilera seguru sustatzea¹².

Funtsezkoa da medikazio-prozesuan segurtasunak dituen funtsezko alderdiak lantzen jarraitzea, besteak beste: arriskuaren preskripzio eta balorazio egokia egitea; medikazioa berrikusi, banatu, prestatu eta ematea; artatutako pertsonarekiko komunikazioa eta haren inplikazioa, eta medikazioaren kontziliazioa trantsizio asistentzialetan.

AURREKARIAK

Kontuan hartuta zer-nolako garrantzia duten medikazioarekin lotutako akatsek prozesu asistentzian, eta, bereziki, arrisku handiko medikamentuen erabilera okerraren ondoriozkoek, Osakidetza, 2010ean, kontrako 10.000 gertaera murrizteko kanpaina abiarazi zuen. Kanpaina horren barruan, arrisku handiko zenbait medikamenturen erabilera jorratu zen.

Aipatutako ekimenari jarraipena emateko, 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasunerako Estrategian, “Medikazioa erabiltzearen inguruko jardunbide egokiak” ekintza-ildo txertatu zen. Arrisku handiko medikamentuak xede hartuta, ISMPren zerrendako lau medikamentu multzo lehenetsi ziren, haien balizko larritasunaren eta erabilera-maiztasunaren arabera: ahotiko antikoagulatzaileak, intsulinak, zainbarneko potasioa eta zitostatikoak.

Xedea zen, batetik, medikamentu horiek erabiltzeko jardunbide egokiak zehaztea, prozesuko etapa bakoitzean, eta, bestetik, jardunbide horiek maila korporatiboan zabaltzea. Hala, segurtasun handiagoz erabiliko dira medikamentuok Osakidetzako erakunde sanitario guztietan.

Horretarako, diziplina anitzeko lantaldeak eratu ziren, zeinetan bi alderdi hauek identifikatu zituzten: farmako horiek erabiltzeko prozesuaren etapetako puntu kritikoak, eta txerta zitezkeen hobekuntza potentzialak. Gogoeta horretatik abiatuta, medikamentuok erabiltzeko jardunbide egokien gomendioak adostu dira.

Pazientearen Segurtasunerako Estrategia 20 20 delakoan jarraipena eman zaio aurreko estrategian hasitako lanari. Ondorioz, bi dokumentutan jaso dira intsulinei eta zainbarneko potasioari buruzko jardunbide egokiak (Osakidetzaren intranetean daude eskuragarri).



21. irudia. Medikazioaren erabilerarekin lotutako jardunbide egokien protokoloak.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Helburu nagusia

Pazientearen segurtasuna areagotzea eta medikamentuak modu seguruan erabiltzea.

Helburu espezifikoak

1. Arrisku handiko medikamentuak segurtasun handiagoz erabiltzea.
2. Ospitaleetan medikamentuak erabiltzeko segurtasunari buruzko autoebaluazioa sustatzea.

EKINTZAK

1. Arrisku handiko medikamentu lehenetsiak segurtasun handiagoz erabiltzea

- Zainbarneko potasioa eta intsulinak erabiltzeko jardunbide egokiak:
 - Zainbarneko potasioaren eta intsulinen erabilerari buruzko jardunbide egokien dokumentuen hedapena indartzea zerbitzu-erakundeetan.
 - Jardunbide egoki horien ezarpena eta garapena sustatzea zerbitzu-erakundeetan.
 - Inplementazioaren jarraipena ezartzea.
- Ahotiko antikoagulatzailen taldeari dagokionez:
 - Ahotiko antikoagulatzailen jardunbide egokiei buruzko dokumentua eguneratzea eta lantaldearekin adostea.
 - Bi dokumentu hauek garatzen amaitzea: “Ahotiko antikoagulatzailak hartzen ari den pazientearentzako informazio-gida” eta “Ahotiko antikoagulatzailak hartzen ari den pazientearentzako gomendioak” triptikoa.
 - Gomendio horiek zerbitzu-erakundeetan zabaltzea.
 - Gomendio horien ezarpena sustatzea.
 - Inplementazioaren jarraipena ezartzea.
- Zitostatikoen taldeari dagokionez, honako ekintza hauek proposatzen dira:
 - Jardunbide egokien dokumentuaren garapenari berriro ekitea, zitostatikoak preskribatzearekin, banatzearekin eta ematearekin lotutako aurrerapen eta hobekuntza guztiak txertatuta.

- Gomendio horiek zerbitzu-erakundeetan zabaltzea.
- Gomendio horien ezarpena sustatzea.
- Inplementazioaren jarraipena ezartzea.
- Arrisku handiko medikamentu multzo berriei lehentasuna ematea baloratzea.

2. Ospitaleetan medikamentuak erabiltzeko segurtasunari buruzko autoebaluazioa sustatzea

Medikamentuak erabiltzeko segurtasunari buruzko autoebaluazio-galdetegiak laguntza-tresnak dira, eta aukera ematen diete ospitaleei hobetzeko aukerak identifikatu, praktika seguruak planifikatu eta aurrerapenen jarraipena egiteko.

- “Ospitaleetan medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunari buruzko autoebaluazio-galdetegiak” (ISMP) erakunde guztietan erabil dadin sustatzea.
- “Medikuntza Intentsiboko zerbitzuetan medikamentuak erabiltzeko segurtasunari buruzko autoebaluazio-galdetegiak” (ISMP) erakunde guztietan erabil dadin sustatzea.
- Diziplina eta zentro anitzeko lantalde bat sortzea, egindako autoebaluazioetatik abiatuta, identifikatutako hobekuntza-aukerak aztertu eta balora ditzan eta jardunbide egokien gomendioak planteatu ditzan.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Zainbarneko potasioa ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundeen proportzioa.
- Intsulinak ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundeen proportzioa.
- Ahotiko antikoagulatzaileak ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundeen proportzioa.
- Zitostatikoak ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundeen proportzioa.
- Ospitaleetan medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunaren autoebaluazioa egin duten erakundeen proportzioa.
- Zainketa Intentsiboen unitateetan medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunaren autoebaluazioa egin duten erakundeen proportzioa.

15I Jardunbide egokiak desnutrizio-arriskuan dauden ospitalizatutako pazienteengan

OINARRIAK

Nutrizio-egoerak eragina du gaixotasunen eboluzio klinikoan eta norbanakoen bizikaltatean. Nutrizio Klinikoko eta Metabolismoko Europako Elkartearen (ESPEN) gidak¹⁷⁵ honela definitzen du malnutrizioa: nutrienterik ez hartzearen edo ez onartzearen ondoriozko egoera, gorputzaren osaeran eta zelula-masan alterazioa eragiten duena, eta funtzio fisikoak eta mentalak gutxitzea eta gaixotasunen eboluzio klinikoa aldatzea dakarrena.

Nutrizio-egoera eskasaren ondorioak dira, besteak beste, gorputz-pisua eta muskulu-masa murriztea, infekzioak hartzeko suszeptibilitatea areagotzea, orbaintzea zailtzea, konplikazioak izateko eta presio-ultzerak izateko arriskua areagotzea, ospitaleko egonaldia luzatzea, berringresuen tasa handitzea, morbiditate handitzea eta asistentziaren kostuak igotzea¹⁷⁶.

Ospitalizatutako pazienteen desnutrizioa interakzio konplexu baten emaitza da; alegia, gaixotasunaren beraren, diagnostiko- eta tratamendu-prozesuen eta ospitale-eremuaren berezko ezaugarrien arteko interakzio konplexua.

2003an, Europar Batasuneko Kontseiluak, ospitaleetako elikadurari eta nutrizio-zaintzari buruzko ebazpenaren bidez, ospitaleetan gertatzen den desnutrizioaren garrantzia zehaztu zuen, baita desnutrizioa prebenitu eta tratatzeko neurriak ezartzearena ere¹⁷⁷. Hala, Europar Batasunaren *Together for health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013* estrategia sanitarioaren ildoan dago gaixotasunarekin lotutako desnutrizioari aurre egiteko ekintzak gauzatzea¹⁷⁸. Europar desnutrizioaren arazoari ekiteko, zenbait gomendio zehaztu ziren Pragako Adierazpenean, (2009ko ekaina), hala nola nutrizio-egoeraren baheketa sistematizatzeko beharra, asistentzia-maila guztietan desnutrizioari aurre egiteko funtsezko urratsa baita^{179, 180}.

Ospitalizatutako pazienteen desnutrizioa osasun-arazoa izaten jarraitzen du, eta, azterlanek diotenez, prebalentzia % 30 eta % 60 artekoa da¹⁸¹⁻¹⁸⁴. PREDyCES azterlanaren arabera (ospitaleko desnutrizioaren prebalentzia eta hari lotutako kostuak Espainian)¹⁸³, ingresatutakoen % 23 desnutrizio-arriskuan zeuden, eta ≥ 70 urtekoak ziren nutrizio-arrisku handiena zutenak.

Funtsezkoa da diziplina anitzeko asistentzia ezartzea, ingresatutakoen nutrizio-egoeraren narriadura prebenitzeko¹⁸⁵. Europako zenbait herrialdek –Danimarka, Holanda eta Erresuma Batua kasu– plan estrategikoak gauzatu dituzte desnutrizioaren aurka borrokatzeko; esaterako, gidak prestatu eta ezarri dituzte eta nutrizio-egoeraren baheketako programak finkatu¹⁸⁶⁻¹⁸⁸.

Nutrizio Parenteral eta Enteralaren Espainiako Elkarteak (SENPE) eta beste elkarte zientifiko batzuetako ordezkariak “Espainiako ospitaleetako desnutrizioari heltzeko diziplina anitzeko kontsentsua” txostena egin zuten 2011n, erabakiak errazago hartzeko gomendioak ezartze aldera¹⁸⁹.

AURREKARIAK

Osakidetzako zenbait zerbitzu-erakundek, azken urteotan, ospitalizazioan desnutrizioari heltzeko ekintzak edo proiektuak gauzatu dituzte¹⁹⁰. Bestalde, presio-ultzerak pairatzeko arriskua duten edo jada pairatzen dituzten pazienteen nutrizioa maneiatzeko gomendioen gida prestatu zen¹⁹¹. Arazoaren garrantziaz jabetuta, Osakidetzako Pazientearen Segurtasun Estrategia 20 20 dokumentuan jaso zen “Jardunbide egokiak desnutrizio-arriskuan dauden ospitalizatutako pazienteengan” ildo estrategikoa.

Ildo honi heltzeko, lantalde bat sortu zen Osakidetzako egonaldi ertain-luzeko ospitaleetako eta akutuen ospitaleetako mediku eta erizainekin eta Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzako Pazientearen Segurtasuneko talde korporatiboko profesionalekin. Eskura dagoen ebidentzian¹⁹²⁻¹⁹⁴ eta Osakidetzako erakunde batzuetan izandako esperientzian oinarrituta, arreta sistematizatzeke programa bat prestatu dute, zeinak aukera emango baitu ingresatutako pazienteen nutrizio-egoera diagnostikatzeko, desnutrizioa prebenitzeko eta nutrizio egokia bultzatzeko.

Hauek dira programaren funtsezko alderdiak:

- Ingresatzean nutrizio-egoeraren balorazioa egitea, nutrizio-egoeraren baheketa goiztiarra barne.
- Jarduketa-prozedura bat zehaztea, baheketaren emaitzetan oinarrituta, eta egin beharreko esku-hartzeak definitzea.
- Ospitaleko egonaldian nutrizio-jarraipena egitea eta dieta espezifikoa ezarri eta monitorizatzea.
- Ospitalizatutako pertsonaren altaren unean, haren nutrizio-egoerari buruzko informazioa transferitzea, eta, hala badagokio, alta osteko desnutrizioa prebenitzeko edota tratatzeko beharrezkoak diren zainketei buruzko gomendioak ematea.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Helburu nagusia

Desnutrizioa saihestea desnutrizio-arriskuan dauden ospitaleratutako pertsonen kasuan.

Helburu espezifikoak

1. Osakidetzako egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan, pazienteen desnutrizioa edota hura pairatzeko arriskua goiz detektatzeko programa ezartzea.
2. Programa Osakidetzako akutuen ospitaleetara heda daitekeen baloratzea, eta, hala badagokio, xede-populazioak zehaztea.

EKINTZAK

- Egonaldi ertain-luzeko ospitaleetako zuzendaritzetan programa aurkeztea.
- Profesional guztiak sentsibilizatzea arazoaren garrantziaz eta eraginaz, baita garaiz detektatu eta landu beharraz ere.
- Erakunde bakoitzean profesionalen lantalde bat sor dadin sustatzea, programaren ezarpena gidatuko duena.
- Pazientearen nutrizio-egoeraren balorazioan parte hartzen duten eta lehentasunezko baheketa-tresna darabilten profesionalei prestakuntza ematea.
- Osabide Globalen eskuragarri dagoen “Ahorakinen eguneroko kontrola” (*Control diario de ingesta*) formularioko informazio-bilketa homogeneizatzea.
- Jarraipena bultzatzea, ospitaleko egonaldian nutrizio-kontrol egokirako beharrezkoak diren esku-hartzeak ezartzeari begira.
- Programaren ezarpenaren jarraipena egitea.

Programa akutuen ospitaleetara heda daitekeen jakiteko, eta programak egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan izan dituen emaitzetan oinarrituta, ekintza hauek proposatzen dira:

- Programa akutuen ospitaleetan ezartzeko egokia den baloratzea, ospitale horietako ezaugarriak kontuan hartuta.

- Jarduteko eremu potentziala zehaztea.
- Hala badagokio, programa eremu berri horretara egokitzea.
- Egokitze jotzen bada, azterlan pilotu bat planifikatzea, egingarritasuna baloratzeko.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Ingresuan, nutrizio-egoeraren baheketa egin zaien pazienteen ehunekoa, xede-populazioari dagokionez.
- Ingresuan behar bezala elikatuta dauden eta alta jasotzeko unean desnutrizioa edo desnutrizio-arriskua duten pazienteen ehunekoa, xede-populazioari dagokionez.
- Ingresuan desnutrizio-arriskua duten eta alta jasotzeko unean desnutriziorik ez duten pazienteen ehunekoa, xede-populazioari dagokionez.
- Pertsonaren nutrizio-egoera eta kasuan kasuko gomendioak jasota dituzten alta-txostenen ehunekoa ospitalizazio-unitateetan, xede-populazioari dagokionez.

16I Eragindako gernu-inkontinentzia prebenitzeko jardunbide egokiak

OINARRIAK

Gernu-inkontinentzia edo GI da pazienteak gernua nahi gabe galtzen duela adierazten duenean edo gernu-galera dagoenean¹⁹⁵. Arazo mediko eta sozial garrantzitsua da, eta eragina du pertsonen osasunean eta bizi-kalitatean, baita haien senide eta zaintzaileengan ere. Ondorio nabarmenak ditu, halaber, gernu-inkontinentzia maneiatu eta tratatzeko beharrezkoak diren osasun-baliabideetan.

Arazo hau behar baino gutxiago diagnostikatzen da, eta, askotan, gutxiegi edo behar ez bezala tratatzen. Hainbat populazio-azterlanen inguruan egindako berrikusketa batean, gernu-inkontinentziaren prebalentzia % 5-70 bitartekoa zen, eta azterlan horietako gehienetan prebalentziak % 25-45 artekoak ziren¹⁹⁶.

Inkontinentziaren Behatoki Nazionalak (ONI), 2009an, gernu-inkontinentziak Espainian duen prebalentzia kalkulatu zuen, 16 azterlan barne hartu zituen berrikusketa bibliografiko batetik abiatuta¹⁹⁷⁻¹⁹⁸. Gernu-inkontinentziaren prebalentzia orokorra % 15,8koa izan zen, gora egiten zuen adinarekin, eta ohikoagoa zen emakumeengan gizonengan baino. 2017an egindako azterlan batean, bestalde, Espainiako 60 urtetik gorako biztanleria-lagin adierazgarri bat aztertu zen, eta gernu-inkontinentziaren prebalentzia-datuak % 15ekoak izan ziren emakumeen kasuan, eta % 11,6koak, gizonen kasuan¹⁹⁹.

Bizi-itxaropena pixkanaka handitu izanak eta biztanleriaren zahartzeak, ziurrenik, eragin nabarmena izan dute gernu-inkontinentziaren prebalentzian, adineko pertsonen artean handiagoa baita. Funtsezkoa da artatutako pertsonaren eta inkontinentzia motaren balorazio egokia egitea, horren araberakoak izango baitira diagnostikoa eta tratamendua²⁰⁰.

Gernu-inkontinentzia dutenek zenbait konplikazio izan ditzakete ikuspuntu mediko, psikologiko eta sozialetik. Sarriago izaten dituzte gernu-infekzio errepikakorrek edota larruazaleko infekzioak, eta, gainera, arrisku handiago dute presio-ultzerak edota hausturekin lotura izan dezaketen erorikoak izateko. Ospitalizatutako paziente ahulen kasuan, gernu-inkontinentzia da, anemiarekin batera, presio-ultzeren agerpena bultzatzen duen faktore garrantzitsuenetako bat. Maila psikologikoan, autonomia pertsonala eta gizarte-harremanak murriztea dakar, baita autoestimua galtzea, isolamendua, depresioa, antsietatea eta loaren alterazioak ere. Maila sozialean, zainketa zama handitu egiten denez, gaitz eragin dezake senide edo zaintzaileengan²⁰¹⁻²⁰³.

Pazienteek sarritan erabiltzen dituzte gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak (GIX) –bai aldi batez, bai modu iraunkorrean–, baina xurgatzaileek badituzte arriskuak. GIXen indikazioa kasuan kasukoa da; hau da, kontuan hartu behar dira artatutako pertsonaren egoera basala, diagnostiko klinikorik probableena, asistentziaren helburuak, artatutako pertsonaren eta senideen lehentasunak, eta gutxi gorabeherako bizi-itzaropena. Ez da komeni paziente ahulekin erabiltzea nahi gabeko gernu-galeren ohiko tratamendu gisa²⁰⁰⁻²⁰¹.

Zenbait azterlanen arabera, GIXen erabilera eta GIX motaren hautaketa ez dira oinarritzen irizpide espezifikoei²⁰⁴⁻²⁰⁹. Normalean gaizki erabiltzen dira, eta gehiegi erabiltzen dira akutuen ospitaleetan, denbora-muga eta antolamenduzko oztupoak direla eta.

Ospitalizatutako adineko pazienteekin egindako azterlan baten arabera, omisio-akatsak eta arreta desegokia izan ziren paziente horien desgaitasun iatrogenikoaren kausarik ohikoenak, eta kasu gehienetan prebeni zitezkeen. Bigarren kausarik ohikoena izan zen xurgatzaileen gehiegizko erabilera²¹⁰.

GIXen erabilera hainbat emaitza kaltegarriekin lotu da, besteak beste, eragindako gernu-inkontinentziarekin. Aurrez gernuari eusteko gai ziren paziente adineko ospitalizatuen % 10-21en kasuan gernu-inkontinentzia agertzen da, eta hauek dira arrisku faktore nagusiak: narriadura kognitiboa, mugikortasun murriztua, adinekoa izatea, emakumezkoa izatea eta egonaldi luzea²¹¹⁻²¹⁴.

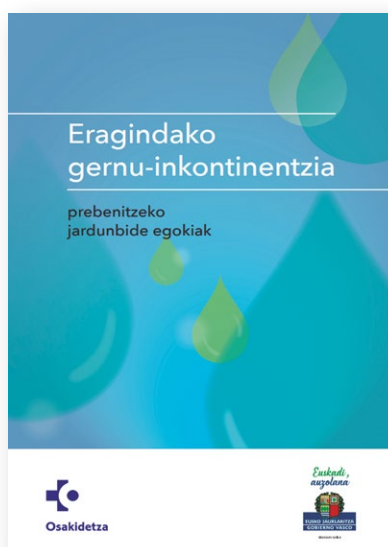
AURREKARIAK

Pazientearen Segurtasun Estrategia 20 20 delakoak lan-ildo hau lehenetsi zuen profesionalen ekimenez, ospitalizatutako pertsonekin gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak maiz erabiltzen direlako eta xurgatzaileak oker erabiltzeak ondorioak dituelako.

Diziplina anitzeko lantalde bat sortu zen, hainbat espezialitatetako mediku eta erizainekin, baita Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzako Pazientearen Segurtasuneko talde korporatiboko profesionalekin ere. Eskuragarri dagoen ebidentziaren berrikusketa bibliografikoa egin zuen lantaldeak.

Eragindako gernu-inkontinentzia prebenitzeko jardunbide egokien dokumentu bat prestatu da, eta Osakidetza intranetean dago erabilgarri.

Dokumentuan atal bat eskaintzen zaie gernu-inkontinentziaren diagnostikoari eta maneuari, eta, beste bat, gernu-inkontinentziarako xurgatzaileen



22. irudia. Eragindako gernu-inkontinentzia prebenitzeko jardunbide egokiak.

erabilerari (indikazioak, xurgatzaileen sailkapena, xurgatzaileekin lotutako arriskuak, eta erabiltzeko jardunbide egokiak). Dokumentua, gainera, Osakidetzako profesional guztien artean zabaldu da.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Helburu nagusia

GIXak oker erabiltzeak eragindako gernu-inkontinentzia prebenitzea ospitalizazioan.

Helburu espezifikoak

1. Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak hautatzeko eta erabiltzeko irizpideak homogeneizatzea.
2. Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak erabiltzeko jardunbide egokiak sustatzea.

EKINTZAK

- Jardunbide egokien dokumentuaren hedapena indartzea profesionalen artean. Arazoaren eraginari buruz eta prebentzio-neurriak ezartzeko beharrari buruz sentsibilizatzea.
- Gernu-inkontinentzia duten pazienteen hasierako balorazioan parte hartzen duten profesionalen prestakuntza bultzatzea.
- Erakunde bakoitzean profesionalen talde bat sor dadin sustatzea, gernu-inkontinentziarako xurgatzaileen erabileran jardunbide egokiak ezartzeko faktore lagungarriak eta litezkeen oztopoak azter ditzan.
- Ingresuan pazienteari egiten zaion balorazio funtzionala eta pazienteak behar izan ditzakeen laguntzen analisisia finkatzea.
- Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak indikatzeko irizpideak homogeneizatzea erakunde bakoitzean.
- Erakunde bakoitzean lan-plan bat prestatzea, gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak hautatu eta erabiltzeko gomendioak egokitzeko.
- Programaren ezarpenaren jarraipena egitea.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Ingresuan haien egoera funtzionala eta behar duten laguntza aztertzeko balorazioa egin zaien pazienteen ehunekoa.
- Gidaren gomendioen arabera gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak aplikatzen zaizkien ospitalizatutako pazienteen ehunekoa.
- Ingresatu aurretik gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak erabiltzen ez zuten eta ospitalizazioan xurgatzaileak aplikatu zaizkien pazienteen ehunekoa.
- Ingresatzeko unean gernuari eusteko gai ziren eta alta jasotzeko unean horretarako gai ez ziren pazienteen ehunekoa.

17I Suizidioaren prebentzioa

OINARRIAK

Suizidioa da heriotza ez-naturalaren lehen kausa EAEn; urtero, 173 lagunek egiten dute beren buruz beste. Trafiko-istripuek eragindako urteko heriotzen bikoitza, beraz. Hala ere, ebidentziak adierazten du kasuen % 30 ere prebeni daitezkeela, diziplina anitzeko ikuspegiak txertatuta²¹⁵.

Suizidioaren prebentzioak emaitza onak eman ditu zenbait esparrutan, osasun-sisteman kasu²¹⁶. Horregatik, OMEk gomendatzen du suizidioaren prebentzioa osasun-zerbitzuen funtsezko osagai izatea²¹⁷. Literaturak erakusten digunez, prebentzioko esku-hartze eraginkorrenetako asko osasun-zerbitzuen testuinguruan gauzatzen dira, eta, neurriak aplikatuz gero, kalkulatu da suizidioak eragindako heriotzak % 12 inguru murrizten direla, eta suizidio-ahaleginak, % 25, inguru²¹⁸⁻²¹⁹.

Izan ere, beren buruaz beste egiten dutenek osasun-sistema erabiltzen dute sarri, eta zerbitzu eta espezialitate batzuekin harremanetan jartzen dira suizidioaren aurreko asteetan. Horrek adierazten du lotura estua dagoela suizidioaren eta gaixotasun mentalaren zein fisikoaren artean (% 80-90ek buru-nahasmendua zuen, eta % 60k patologia fisiko larriren edo ezgaitzaileren bat)²²⁰⁻²²¹.

Duela gutxiko azterlanek adierazten dutenez, aurretiko harreman horiek Lehen Mailako Arretan eta beste espezialitate batzuetan izaten dira batez ere, eta ez hainbeste Osasun Mentalean. Gure erkidegoan ere hala izaten da. Hain zuzen, gure inguruan beren buruaz beste egin zuten % 35ek baino gutxiagok egin zioten kontsultaren bat Osasun Mentaleko zerbitzuren bati suizidioaren aurreko urtean, eta % 23 Lehen Mailako Arretarekin harremanetan jarri ziren suizidioaren aurreko astean. Hori dela eta, beharrezkoa da espezialitate mediko eta zerbitzu desberdinak inplikatzeko suizidioaren prebentzioan²²².

Garrantzitsua da azpimarratzea suizidio-arriskua askotan oharkabean pasatzen dela horrelako pazienteak artatzen dituzten profesional sanitarioentzat. Horren arrazoia da, batetik, proaktibitate eskasa izatea informazioa bilatzean (estigma, prestakuntza eskasa, galdetzeko beldurra, etab.), eta, bestetik, suizidio-ideiak dituztenen artetik % 30ek baino gutxiagok ematen diotela horren berri espontaneoki profesional sanitario bati²²³.

Suizidio-arriskua duten pazienteen segurtasunak zenbait “arrakala” ditu, arriskua ez detektatzeaz gain. Literaturak islatzen du hutsune ugari daudela arriskuari erantzuteko ematen den arreta sanitarioan, hala nola praktika klinikoaren

aldakortasun handia, jardunbide egokien aplikazio eskasa, edo profesionalek paziente horiek artatzeko prestakuntza eskasa izatea. Zehazki, auditoria klinikoek, zerbitzuen erabiltzaileen txostenek edo suizidioarekin lotutako gertakari zelatarien erroko kausaren analisiek, askotan, honako hauek jasotzen dituzte: arriskuaren ebaluazioan egiten diren akatsak, oinarritzko prozesu asistentzialetan dauden etenak eta lapsoak, edo artatutako pertsonaren segurtasuna hobetzeko eskaintzen zaizkion esku-hartze batzuen eraginkortasun eskasa (batzuetan, ospitaleko ingresuekiko mendekotasun handia dute, eta ez dira oso eraginkorrak kontrolatzeko)²²⁴⁻²²⁶.

Errealitate horri gehitu behar zaio ez dagoela datu baliodun edo fidagarririk gure inguruko jokabide suizidari buruz. Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategiak islatzen duen bezala, EAEn, suizidio-saiakuntzei buruzko informazioa da hutsunerik handienetako bat jokabide suizidari buruzko ezagutzari dagokionez. Antza, hainbat arrazoiengatik da, horien artean kodetze-praktika heterogeneoengatik. Heterogeneotasun horrek are gehiago zailtzen du osasun-arloko prebentzio-praktikak aztertu eta hobetzeko ahalegina, hain beharrezkoa dena²¹⁵.

AURREKARIAK

NAZIOARTEAN:

Suizidioa osasun-arlotik prebenitzeko gaiak garapen handiagoa izan du herrialde anglosaxoietan; Estatu Batuak, esaterako, aitzindariak dira arlo horretan. Gutxienez hiru ekimen nabarmentzen dira:

- Suizidioa Prebenitzeko AEBetako Estrategiak onartzen du estrategia integralak behar direla, osasun-sistema osoaren inplikazioa eta profesional guztien parte-hartze aktiboa dakartenak. Hauek dira proposatutako helburuak: suizidioaren prebentzioa sartzea profesionalei eskaintzen zaizkien prestakuntza-programa eta aldizkako berrakreditazioko programa guztietan, baita asistentziaren kalitatea etengabe hobetzeko adierazleetan ere. Horrez gain, arriskua ebaluatu eta tratatzeko jardunbide eraginkorren ezarpena jasotzen da, osasun-sistemaren edozein puntutan arriskua ebaluatzeko protokoloak txertatuta²²⁷.
- Osasun-arloko egiaztapeneko Joint Comission agentziak –AEBetako nagusienetako bat– zenbait helburu nazional ezarri ditu pazientearen segurtasunari eta gertaera zelatariak eragindako alertei buruz, eta tartean suizidioaren prebentzioa dago. Hala, erakunde sanitario guztiei eskatzen die (eta ez soilik ospitalizazio psikiatrikoko unitateei) kalitate-irizpide batzuk betetzeko suizidio-arriskua identifikatzean eta arrisku horri aurre

egitean. Irizpide horiek eguneratu eta indartu egin dira azken urteotan, eskura dagoen ebidentzian oinarrituta²²⁸.

- *Zero Suicide* ekimenak –Suizidioa Prebenitzeko Nazioarteko Elkarteak (IASP) aitortua– pazientearen segurtasuneko gertaera gisa kontzeptualizatzen du suizidioa, eta osasun-sistamarako prebentzio-eredu sistematiko eta proaktibo bat proposatzen du, segurtasun-estandar oso zorrotzak dituena. AEBetan garatutako eredua da, hango 200 erakundetan baino gehiagotan erabiltzen dena, eta artatutako pertsonen jokabide suizida % 65 murrizten duela erakutsi du. Gaur egun, nazioartean hedatzen ari da, eta Europako nahiz Asiako herrialde batzuetan aplikatzen hasiak dira^{224, 225, 229}.

Bigarren ikuspegi bat Erresuma Batuan garatu zen, zenbait hamarkadatan osasun mentaleko zerbitzuetako pazienteen suizidioari buruz egindako ikerketen ondoren. Ikuspegi horrek faktore orokor jakin batzuen garrantzia azpimarratzen du, zerbitzuen funtzionamenduarekin lotura dutenak (depresioaren maneian gida klinikoak aplikatzea, adibidez), baita bestelako praktikak ere, hala nola pazienteen suizidio-kasuen ostean diziplina anitzeko berrikusketa egitearen garrantzia. Izan ere, suizidio-tasa txikiagoa zen praktika horiek aplikatu zituzten zerbitzuetan²³⁰⁻²³¹.

EUSKADIN:

Jokabide suizida eta haren prebentzioa lehentasuntzat hartu dira Euskadiko osasunaren arloko estrategia eta jarduera-ildoetan. Horren adibide dugu Osakidetza 2010ean abiarazitako kanpaina, kontrako 10.000 gertaera murriztea helburu zuena. Pazientearen Segurtasunerako Estrategiaren aitzindaria izan zen, eta, besteren artean, suizidioaren prebentzioa zuen helburu. Nazioarteko esperientzian oinarritutako zazpi kalitate-estandar ere definitzen zituen.

Oraintsuago, 2013-2020 aldirako Euskadiko Osasun Planen ekintzen artean, honako hau jaso da: “Nork bere buruaz beste egitea prebenitzeko neurriak ezarri, bai gaixotasun mentala duten eta/edo arrisku-faktoreak dituzten pertsonengan aplikatzeko, bai erkidego-mailan aplikatzeko”. Bestalde, Osasun Sailaren 2021-2024 aldirako Marko Estrategikoak nabarmentzen duenez, “Suizidioa Prebenitzeko Estrategia ezarriko da eta, hasiera batean, errealitate horren zaintza epidemiologikoan, suizidio-arriskuaren kodearen ezarpenean eta osterantzeko jardueretan eragingo du”. Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategiak (2019an aurkeztua) diziplina anitzeko prebentzio-eredu bat proposatzen du, osasun-sistamarako neurri espezifikoak definitzen dituena,

arriskuan dauden pertsonen segurtasuna hobea izan dadin osasun-sistemarekin harremanetan jartzen direnean. Besteak beste, proposatzen du “suizidioaren prebentzioa sartzeari Osakidetza Pazientearen Segurtasunerako Estrategiako ekintza-jarraibide gisa”, osasun-sistema osoan zeharka aplikatu beharreko segurtasunaren alderdi bihurtu dadin.

Azken urteotan, EAEen, **jokabide suizida prebenitzeko eta hari heltzeko ekimenak eta ekintzak gauzatu dira**, profesional, elkarte edo erakundeen eskutik. Jarduera horiek, funtsean, osasun-eremutik gidatu dira, baina baita beste ingurune batzuetatik ere.

Hona hemen adibide nabarmen batzuk:

- **Osasun-sisteman egindako esku-hartzeak (Osakidetza):**

2016az geroztik, hiru lurraldeetako Osasun Mentaleko erakundeek eta Osasun Aholkuak lankidetzaren ekimenak abiarazi dituzte, ospitaleko larrialdietan alta jaso ostean suizidio-arrisku handia duten pazienteen arreta hobetzeko ikerketa-proiektuei lotuta.

Egitasmo horiei esker, telefono bidezko arreta laburrerako protokoloak sortu eta aplikatu dira, baita baliabide ambulatorioekiko koordinazioa hobetzekoak ere. Esaterako, suizidio-arriskuan dauden 500 pazienteri baino gehiagori aplikatu zaizkie.

2019az geroztik, suizidio-arriskuaren arretaren sistematizazioa eta kalitatea hobetzeko tresnak sortu dira Osasun Mentaleko erakunde batzuetan, eta haien pilotajea ere egin da. *Zero Suicide* nazioarteko ereduari jarraitzen dioten tresna horiek, besteak beste, honako hauek jasotzen dituzte: arriskuan dauden pazienteentzako zaintza-plana –zeinetan arretaren fase guztiak definitzen baitira ebidentzian oinarrituta–, eta gorabeheren osteko berrikusketarako protokoloa, erakunde horietan gertatu diren suizidio-kasuetan aplikatzeko.

Ospitaleetako psikiatria-zerbitzuek, hala nola Galdakaoko Unibertsitate Ospitalekoak, segurtasun-protokolo bat dute saihesten daitezkeen kontrako ondorioak murrizteko, suizidioa kasu. Protokoloaren barruan dago Osabide Globalen alertak sartzeari, litekeen suizidio- edo autoeraso-arriskua adierazteko; horretarako, erizaintzako hiru zainketa-maila ezarri dira.

- **Osagai anitzeko esku-hartzeak ingurune komunitarioetan:**

2015ean, Depresioaren Aurkako Europako Aliantzaren (EAAD)²³² ereduaren hedatzen hasi zen Gipuzkoako ESI batzuetan. Osagai anitzeko ekimena da, eta suizidioa prebenitzeko jardunbide egokiaren adibidetzat hartzen

du Europako Batzordeak. Hauek dira gauzatutako jarduerak: depresioari eta suizidioari buruzko sentsibilizazio- eta informazio-ekintzak (biztanleria orokorrarentzat); prestakuntza-saioak suizidio-arriskua identifikatzeko eta arrisku horri lehen aldiz heltzeko (400 gizarte-eragilerentzat baino gehiagorentzat); komunikabideek suizidioaren prebentzioan duten zereginari buruzko sentsibilizazio-hitzaldi eta mahai-inguruak (150 profesional eta komunikazioko ikaslerentzat baino gehiagorentzat), eta orain dela gutxi beren buruaz beste egiten saiatu diren pazienteen koordinazioa eta jarraipena egitea, Gipuzkoako eskualdeko ospitaleen eta Osasun Mentaleko zentroen artean.

2019az geroztik, Osakidetzak (Osasun Eskola) suizidioaren prebentzioari buruzko webgune bat du. Hala, suizidio-arriskuan daudenek, haien ingurukoek, bizirik atera direnek eta komunikabideetako profesionalak informazio erabilgarria dute eskura.

2021ean, Osasun Mentaleko erakunde batzuek eta Osasun Eskolak online ikastaro bat sortu eta pilotatu zuten profesional ez-sanitarioentzat. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta arrisku horri lehen aldiz heltzeko tresna da (Gatekeeper prestakuntza), suizidioa prebenitzeko oinarrizko ideiak eta trebetasunak profesionalen artean zabaltzeko balio duena, haiek baitira kolektibo zaurgarriekin maiz harremanetan daudenak. 2022an hedatzea aurreikusten da.

• **Informazio- eta zaintza-sistemak:**

2016. urteaz geroztik, Osakidetzako Osasun Mentaleko erakunde batzuek, Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutuarekin lankidetzan, zenbait ikerketa-proiektu abiarazi dituzte. Egitasmo horien bidez hiru alderdi hobetu nahi izan dira, hain zuzen ere, informazioaren kalitatea, funtsezko datuen eskuragarritasuna, eta Euskadin gertatzen diren suizidioei buruzko informazio garrantzitsuenaren analisia. Elkarlan horren ondorioz, suizidioen mapak egin dira, datu hauek erakusteko: erregistratutako kasuen informazio epidemiologiko, geografiko eta kliniko zehatza; suizidioen erregistroa, eta autopsia psikologikoak egiteko prestakuntza-plana eta protokoloa.

• **Emergentziak eta lehen esku-hartzea:**

2020an, ICA taktika operatiboa onetsi zen (jokabide autolitikoen ondoriozko gorabehera buruzkoa). Tresna horri esker, Larrialdiei Aurre Egiteko Euskal Sistemako profesionalak (suhiltzaileak, Ertzaintza, Osakidetza, etab.) hobeto koordinatuko dira elkarren artean, jokabide suizidari arreta eman behar zaionean.

EGUNGO GARAPENA

HELBURUAK

Helburu nagusia

Pazientearen segurtasuna hobetzea, suizidio-arriskuari dagokionez Osakidetzarekin dituen harremanetan.

Helburu espezifikoak

1. Osakidetzako edozein zerbitzutan artatutako pertsonen arriskua hobeto identifikatzea, bereziki, Lehen Mailako Arretara, ospitaleko larrialdietara eta Osasun Mentalera jotzen dutenena.
2. Pertsona horien zainketen jarraitutasuna hobetzea, Osakidetzako zerbitzu batetik bestera igarotzean; bereziki, orain dela gutxiko suizidio-saiakerak eduki dituztenen artean.
3. Osasun Mentaleko zerbitzuek arriskua azkar eta ebidentzian oinarrituta maneiatzen dutela bermatzea, eta manei horrek prozesu asistentzialaren fase guztiak barne hartzea (arriskuaren ebaluazioa, jarraipena eta koordinazioa egitea, eta arriskuari heltzea).
4. Osakidetzako profesionalak sentsibilizatzea eta gaitzea pazienteen artean suizidioa prebenitzen laguntzeko, prestakuntzaren eta erabakiak hartzen laguntzeko tresnen bidez.
5. Kalitatezko informazioa bildu eta aztertzeke mekanismoak ezartzea, suizidioaren fenomenoaren eta suizidioari heltzearen inguruan, akatsen analisia eta arriskuaren maneiua hobetzeko arloen analisia barne.

PROPOSATUTAKO EKINTZAK

Proposatutako ekintzak Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategian daude, osasun-sistemako esku-hartzea eta zaintza epidemiologikoko eremuen barruan.

- 1. ekintza: EAEko suizidio-saiakuntzen erregistro bat sortzea, jokabide suizidaren zaintza epidemiologikoko sistema zabalago baten parte gisa. Erregistroak aukera emango du fenomenoaren ezaugarriak eta gauzatutako ekintzen eraginkortasuna behar bezain zehatz eta azkar ezagutzeko.

- 2. ekintza: suizidioaren prebentzioari buruzko prestakuntza gehitzea profesionalen etengabeko prestakuntzako planetan eta aldizkako birziklatze-prestakuntzako planetan (batez ere Lehen Mailako Arretako, larrialdi orokorretako eta Osasun Mentaleko profesionalentzat). Birziklatze-ikastaroak egiteko gomendatzen den maiztasuna zehaztea.
- 3. ekintza: suizidio-arriskua ebaluatzen eta arrisku horri heltzen lagunduko duten tresnak txertatzea Osabide Globalen, batez ere Lehen Mailako Arretara, larrialdietara eta Osasun Mentalera bideratuak (adibidez, Osabideren gida klinikoa, egiaztapenak egiteko kontrol-zerrendak, aurreidatziak, eskalak, etab.).
- 4. ekintza: Suizidio Arriskuaren Kodea sortzea, arrisku bereziko egoeran dauden pazienteen zainketen jarraitutasuna koordinatzeko laguntza-tresna gisa.
- 5. ekintza: Osasun Mentaleko erakunde edo zerbitzu bakoitzean, suizidio-arriskurako zainketa-plan bat definitzea eta aplikatzea, ebidentzia zientifikoan oinarrituta.
- 6. ekintza: osasun mentaleko erakundeetako pazienteek beren buruaz beste egiten dutenean, gorabeheraren ondoko diziiplina anitzeko berrikusketa egitea, ikasteko eta hobekuntzarako tresna gisa.
- 7. ekintza: suizidio-arriskuaren ebaluazioa sartzeari arrisku berezia duten populazioetan edo patologietan (hala nola depresioa; mina edo ezintasun funtzionala eragiten duen gaixotasun kronikoa; dolua, etab.).
- 8. ekintza: suizidioaren prebentzioa gehitzea Osakidetzako erakunde sanitario integratuen (ESI) kontratu-programetan. Alderdi hau aldizka berrikusi eta ebaluatzea, osasun-eremuan suizidioa prebenitzeko estrategiaren neurriak martxan jartzen direla bermatzeko, kalitate-irizpideei jarraituz.

EBALUAZIOA ETA JARRAIPENA

ADIERAZLEAK

- Saiakuntzen erregistroa (SE) sortzea.
- ESI bakoitzean erregistratutako kasuen ehunekoa, espero zitezkeenekin alderatuta (literatura).
- Egindako prestakuntza-jardueren kopurua.
- Suizidioa prebenitzeko prestakuntza jaso duten ESI bakoitzeko profesional asistentzialen ehunekoa (mediku, erizain, Erizaintzako laguntzaile, psikologo, gizarte-langile, terapeuta okupazional, fisioterapeuta, emagin eta abar.).
- Gomendatutako maiztasunean birziklatze-prestakuntza jasotzen duten ESI bakoitzeko profesional asistentzialen ehunekoa (mediku, erizain, Erizaintzako laguntzaile, psikologo, gizarte-langile, terapeuta okupazional, fisioterapeuta, emagin eta abar.).
- Osabiden txertatutako laguntza-tresnen kopurua.
- Laguntza-tresnaren bat erabili den jarduketan kopurua, ESI bakoitzeko.
- Oraintsuko Suizidio Ahaleginaren Kodea (OSAK) sortzea.
- ESI bakoitzean OSAKaren barruan dauden pazienteen kopurua guztira, eta paziente guztiak kontuan hartuta dagokien ehunekoa.
- OSAK pazienteen ehunekoa, segimendu anbulatorioa hasi ez dutenak edo betetzen ez dutenak, Osasun Mentaleko Sare bakoitzean.
- OSAK pazienteen ehunekoa, gomendatutakoa baino denbora gehiago eman dutenak hurrengo bisitara arte, Osasun Mentaleko Sare bakoitzean.
- Suizidio-arriskurako zainketa-plan bat definitu eta aplikatzen zaien Osasun Mentaleko erakundeen ehunekoa.
- Osasun Mentaleko erakunde bakoitzean zainketa-plan baten barruan dauden pazienteen kopurua guztira, eta paziente guztiak kontuan hartuta dagokien ehunekoa.
- Suizidio-kasuak diziplina anitzetik berrikusteko protokoloa duten Osasun Mentaleko erakundeen ehunekoa.

- Osasun Mentaleko erakunde bakoitzean suizidio-arriskuari buruz egindako berrikusketen ehunekoa.
- Egindako berrikusketen ondorioekin urteko txostena egiten duten Osasun Mentaleko erakundeen ehunekoa.
- Suizidio-arrisku bereziko patologien edota egoera klinikoen zerrenda bat sortzea, zeinen kasuan komeni baita suizidio-arriskua maiz ebaluatzea.
- Suizidio-arriskuaren ebaluazioaren betetze-mailaren ehunekoa, arrisku hori ekar dezaketen eta lehentasunezko eskaintzan jasotako patologien kasuan.

4. Prestakuntza

Erakundeetan segurtasunaren kultura eraikiko bada, funtsezkoa da osasun-langileei pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza ematea. Horrez gain, prestakuntza ezinbestekoa da osasun-langileek ezagutzak eta trebetasunak eskura ditzaten, asistentzia sanitarioak pazienteei eragin dakiekeen kaltea detektatu, prebenitu eta kontrolatzeko.

Pazientearen segurtasunarekin konprometitutako erakundeek ahaleginak egiten dituzte segurtasunaren kultura maila guztietan bultzatzeko, segurtasunaren aldetik giro ona sustatzeko, eta profesional guztiei giza faktore edo faktore ez-tekniko delakoei buruzko prestakuntza gehiago emateko. Horrez gain, unitate klinikoetan praktika seguruak ezartzea bultzatzen dute, asistentziaren segurtasuna hobetzarren.

Azken urteotan, giza faktoreak gero eta garrantzi handiagoa du pazientearen segurtasuna hobetzeari dagokionez, eta hainbat adituk gomendatzen dute osasun-langileei gai horri buruzko prestakuntza ematea. Asmoa da giza faktorearen printzipioak erakundeetan txertatzea, hiru alderdi hauek kontuan hartuta: fisikoak (diseinua, taldeak, etab.), kognitiboak (langileen egoera, komunikazio-trebetasunak, talde-lana (lantaldetik talde-lanera)) eta antolamenduzkoak (erakundearen kultura)²³³⁻²³⁶.

Nazioarteko erakundeek, hala nola Osasunaren Mundu Erakundeak eta Europar Batasuneko Kontseiluak, gomendio espezifikoak ezartzen dituzte, beren eraginpeko herrialdeek pazientearen segurtasunaren arloko prestakuntza susta dezaten osasun-langile guztien artean (klinikoak, zuzendaritzakoak eta kudeaketakoak).

Espanian, Osasun Ministerioaren 2015-2020 aldirako Pazientearen Segurtasunerako Estrategiak helburu espezifiko hauek jasotzen ditu: batetik, segurtasun klinikoko oinarrizko prestakuntza sustatzea osasun-langile guztien artean –prestakuntzaren eta garapenaren maila guztietan–; bestetik, segurtasunaren arloko oinarrizko prestakuntzaren gutxieneko curriculumean zenbait kontzeptu gehitzea¹² (hala nola pazientearen segurtasunean eragina duten praktika kliniko seguruak; komunikazioa; talde-lana, eta osasun-zerbitzuen zenbait faktore, pazientearen segurtasunean eragiten dutenak).

Etorkizuneko profesionalek eskuratu beharreko funtsezko gaitasunen artean, pazientearen segurtasunaren arloko prestakuntza egon beharko litzateke, eremu asistentzian lanean hasten diren langileek jarrera proaktiboa izan dezaten oinarrizko segurtasun-neurriak aplikatzeari dagokionez. Osasun-arloko profesionalen taldeek gaitasun jakin bat eskuratzeko modurik eraginkorrena da gaitasun hori haien prestakuntza-programa arautuan sartzea²³⁷.

AURREKARIAK

2013-2016 aldirako Estrategiaren aurretik, Osakidetzak jada eskaintzen zuen pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza, dela erakundeek eurek bultzatuta, dela modu korporatiboan. Prestakuntza horrek hainbat alderdi biltzen zituen, besteak beste, segurtasunaren oinarrizko kontzeptuak eta prozesu zehatzekin lotutako alderdi espezifikoak. Horri guztiari esker, profesionalen sare bat eraiki ahal izan da, segurtasunaren kultura zabaltzen diharduena. Aurreko bi estrategietan (2013-2016 eta 2017-2020) emandako denbora baliagarria izan da bidea finkatzeko, profesionalentzako prestakuntza-jarduera ugari antolatu baitira hainbat formatutan (aurrez aurrekoak, erdi-presentzialak, erabat online...).

20 20 Estrategiaren testuinguruan, prestakuntza zeharkako prozesutzat hartu zen, eta prestakuntza-ekintzak bi kategoriatan sailkatu ziren: batetik, pazientearen segurtasunaren arloko oinarrizko prestakuntza; bestetik, prestakuntza espezifikoak, Pazientearen Segurtasunerako Estrategian ezarritako ekintza-ildo bakoitzean oinarritutakoa.

2013-2020 aldian, egiturazko plantillaren % 65,2k landu ditu pazientearen segurtasunaren oinarrizko kontzeptuak, eta plantillaren % 81ek, eskuen higieena (asistentzia sanitarioaren arloan). Gainera, 146 profesionalak gorabeherak aztertu eta kudeatzeko ikastaroa egin dute, batez ere segurtasuneko erreferenteei eta zerbitzu-erakundeetan eratutako segurtasun-taldeetako profesionaleri zuzendutakoa.

2018az geroztik ematen den “Bigarren eta hirugarren biktimekiko esku-hartzea pazientearen segurtasunaren eremuan” ikastaroak oso harrera ona izan du langileen artean (% 33k jaso du prestakuntza). 2019az geroztik, maskuriko zundaketari lotutako gernu-infekzioak murrizte aldera, “Gernu-kateterra dela-eta gernu-traktuan izaten diren infekzioak murriztea” ikastaroa eskaini zitzaizen mediku, erizain, fisioterapeuta eta Erizaintzako zainketa osagarrietako teknikariei. Kategoria horietako profesionalen % 14ri eman zaie prestakuntza.

Gure zerbitzu-erakundeetan pazientearen segurtasuna sustatzen jarraitzeko, eta horrek segurtasunaren kultura indartzen laguntzen duela sinetsita, 2013az geroztik pazientearen segurtasunari buruzko jardunaldi bat antolatzen da urtero. Horretarako, zerbitzu-erakunde guztietako profesionalen proposamenak jasotzen ditugu. Estatuko, tokiko eta Osakidetzako erakundeen estrategien aurrerapenak partekatzeke foroa da, eta arrakasta handia du profesionalen artean.

Prestakuntza-jarduera horiek guztiak ez lirateke posible izango Prestakuntza Zerbitzu Korporatiboaren laguntzarik eta bultzadarik gabe.

HELBURUAK

1. Pazientearen segurtasunaren kultura sustatzea Osakidetzako zerbitzu-erakundeetan, asistentzia sanitarioari lotutako segurtasun-gorabeherak prebenitu eta minimizatzeko ezinbesteko baldintza gisa.
2. Ezagutaraztea garrantzitsua dela jazotako gorabeherak jakinarazi eta aztertzea eta haietatik ikastea, tartean dauden pertsoneri errua egotzi gabe eta bigarren zein hirugarren biktimei behar bezalako arreta emanda.
3. Pazientearen segurtasunari buruzko oinarrizko prestakuntza sustatzea profesional sanitarioen artean, prestakuntzaren eta garapenaren maila guztietan.
4. Pazientearen segurtasuneko ildoak lantzen dituzten ikastaroen eskaintza hobetzea, ahal den neurrian, Prestakuntza Zerbitzu Korporatiboarekin batera.
5. Estrategia honek iraun artean identifikatzen diren prestakuntza-premia espezifikoerantzutea.

EKINTZAK

Prestakuntza-ekintzak bi kategoriatan sailkatuko dira oraingoan ere: oinarrizko prestakuntza (pazientearen segurtasunaren arlokoa) eta prestakuntza espezifikoa (Pazientearen Segurtasunerako Estrategian ezarritako ekintza-ildo bakoitzean oinarritutakoa).

Oinarrizko prestakuntzari dagokionez, ekintza hauek planteatzen dira:

- Pazientearen segurtasunari buruzko oinarrizko online ikastaroaren edukiak eguneratzea.
- Oinarrizko ikastaro ireki hori sanitarioei eta ez-sanitarioei eskaintzen jarraitzea.
- Prestakuntzan dauden profesional egoiliarren artean pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza sustatzea, eta ahalik eta gehien zabaltzea segurtasunari buruzko oinarrizko prestakuntza-aukerak Osakidetzan praktikak egiten ari diren gradu-aurreko ikasleen artean.

Ekintza-ildo zehatzei lotutako prestakuntza espezifikoari dagokionez, honako ekintza hauek planteatzen dira:

- Asistentzia sanitarioaren alorrean eskuen higienari buruzko online ikastaroa eskaintzen jarraitzea, langile sanitario eta ez-sanitario guztientzat.
- Segurtasun-gorabeheren kudeaketari buruzko ikastaro erdi-presentzialaren hiru edizio egitea urtean.

- Pazientearen segurtasunaren arloko bigarren eta hirugarren biktimei buruzko online ikastaroa eskaintzen jarraitzea, langile sanitario eta ez-sanitario guztientzat.
- Gernu-kateterra dela-eta gernu-traktuan izaten diren infekzioak murrizteari buruzko online ikastaroa eskaintzen jarraitzea, xede-taldeko profesionalentzat.
- Segurtasunerako Estrategia honetako ekintza-ildo berriek dakarten prestakuntza-premiei erantzutea.
- Pazientearen segurtasunaren oinarrizko printzipioei buruzko prestakuntza-jarduerak gauzatzea, emergentzietako eremu asistentzial espezifikora egokituta.
- Segurtasunari buruzko urteroko jardunaldia egiten jarraitzea, ezarritako bi helburu hauek betetzeko: batetik, pazientearen segurtasunari buruzko oinarrizko printzipioak indartzea eta haiei buruz sentsibilizatzea; bestetik, emandako asistentziaren segurtasuna areagotze aldera, zerbitzu-erakundeetan gauzatu diren jardunbide egokiak zabaltzea.

5. Adierazleak

Jarraian, estrategia honen ekintza-ildoetarako definitutako adierazleak, formulak eta estandarrak deskribatzen dira. Aldian-aldian eguneratuko dira, egindako ebaluazio, hobekuntza-proposamen, ebidentzia zientifiko eta abarretan oinarrituta.

ADIERAZLEA	FORMULA	ESTANDARRA
1. ILDOA. SEGURTASUN-GORABEHERAK KUDEATZEA		
Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita daudenen kopurua.	-	-
SNASPen jakinarazita dauden kalterik gabeko gorabeheren jakinarazpen-tasa, 100 profesionaleko.	$\frac{\text{Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita daudenen kopurua}}{\text{Esiko profesional kopurua (egiturazko plantilla)}} \times 100$	> % 17
Artisuen kudeaketari buruzko prestakuntza jaso duten profesionalen kopurua erakundearen.	-	-
Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita eta aztertuta daudenen ehunekoa.	$\frac{\text{Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita eta aztertuta daudenen kopurua}}{\text{Kalterik gabeko gorabehera kopurua guztira, SNASPen jakinarazita}} \times 100$	> % 55
Kalterik gabeko gorabeheren artetik (erakundearen sortutakoak) SNASPen jakinarazita eta aztertuta daudenen eta, hala badagokio, hobekuntza-ekintzen proposamenak dituztenen ehunekoa.	$\frac{\text{Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita eta hobekuntza-ekintzak proposatuta dituztenen kopurua}}{\text{Kalterik gabeko gorabeheren artetik SNASPen jakinarazita eta aztertuta daudenen eta hobekuntza-ekintzak behar dituztenen kopurua guztira}} \times 100$	> % 90
Ezarrirako hobekuntza-ekintzen ehunekoa, proposamenen arabera.	$\frac{\text{SNASPen jakinarazitako kalterik gabeko gorabeheretan ezarrirako hobekuntza-ekintzen kopurua}}{\text{Proposatutako hobekuntza-ekintzen kopurua guztira}} \times 100$	> % 80
Jarraipena eginda duten ezarrirako hobekuntza-ekintzen ehunekoa.	$\frac{\text{SNASPen jakinarazitako eta jarraipena eginda duten kalterik gabeko gorabeheretan ezarrirako hobekuntza-ekintzen kopurua}}{\text{Jarraipena behar duten ezarrirako hobekuntza-ekintzen kopurua}} \times 100$	-
Kalterik gabeko gorabeherak jakinarazteko sistemari buruz (SNASP) urteko txostenak egiten dituzten erakundearen ehunekoa.	$\frac{\text{Kalterik gabeko gorabeherak jakinarazteko sistemari buruz (SNASP) urteko txostenak egiten dituzten erakundearen kopurua}}{\text{Erakunde kopurua guztira}} \times 100$	% 100
Profesionalak sentsibilizatze prestakuntza-saioen kopurua.	-	-
Hedatutako jardunbide egokien kopurua (txostenak, buletinak, segurtasun-alertak, etab.).	-	-
Kontrako gertaerak jakinarazi eta kudeatzeari buruzko 2/2018 Instrukzioa aplikatzen duten erakundearen ehunekoa.	$\frac{2/2018 \text{ Instrukzioa aplikatzen duten erakundearen kopurua}}{\text{Erakunde kopurua guztira}} \times 100$	% 100

2. ILDOA. BIGARREN ETA HIRUGARREN BIKTIMEI ARRETA EMATEA	
Bigarren eta Hirugarren Mailako Biktimei Arreta Emateko Protokoloa ezarri eta/edo egokitu duten erakundeen ehunekoa.	Bigarren biktimei arreta emateko protokoloa ezarri duten erakundeen kopurua Erakunde kopurua guztira % 100
Kontrako gertaerek profesional eta erakundeengan duten eraginari buruzko sentibilizazio- eta prestakuntza-ekintzak egin dituzten erakundeen ehunekoa.	Kontrako gertaerei buruzko prestakuntza- edota sentibilizazio-ekintzak egin dituzten erakundeen kopurua Erakunde kopurua guztira % 100
Kontrako gertaera larrien edo gertaera zelatarrien kopurua, erakunde bakoitzean kontrako gertaerak kudeatzeko lantaldeak egindako txostenaren bidez jakinarazitakoei dagokienez.	Kopurua -
Bigarren biktimei arreta emateko protokoloa aplikatu zaien kontrako gertaeren ehunekoa, jakinarazitakoei dagokienez.	Bigarren biktimei arreta emateko protokoloa aplikatu zaien kontrako gertaera kopurua Kontrako gertaerak guztira % 80
3. ILDOA. PAZIENTEAK OKERRIK EGIN GABE IDENTIFIKATZEA	
Kalterik gabeko gorabeheren arteik SNASPen jakinarazita eta pazienteen identifikazioarekin lotuta daudenen ehunekoa.	Kalterik gabeko gorabeheren arteik SNASPen jakinarazita eta pazienteen identifikazioarekin lotuta daudenen kopurua SNASPen jakinarazitako kalterik gabeko gorabeherak guztira < % 4
Ospitalizazioan behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoa (identifikazio korporatiboko eskumuturrekoa dutenak).	Ospitalizazioan behar bezala identifikatutako paziente kopurua, eskumuturrekoa dutenak (etendura) Ospitalizatutako paziente kopurua (etendura-unean) % 100
Larrialdietan behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoa (identifikazio korporatiboko eskumuturrekoa dutenak).	Larrialdietan behar bezala identifikatutako paziente kopurua, eskumuturrekoa dutenak (etendura) Larrialdietako paziente kopurua (etendura-unean) % 100
Eguneko ospitalizazioan (medikoa/kirurgikoa) behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoa (identifikazio korporatiboko eskumuturrekoa dutenak).	Eguneko ospitalizazioan (medikoa/kirurgikoa) behar bezala identifikatutako paziente kopurua, eskumuturrekoa dutenak (etendura) Eguneko ospitalizazioko (medikoa/kirurgikoa) paziente kopurua (etendura-unean) % 100
Egonaldi ertain-luzeko ospitalizazio psikiatrikoko zentroetan behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoa.	Egonaldi ertain-luzeko ospitalizazio psikiatrikoko zentroetan behar bezala eta ezarritako prozedura espezifikoan arabera identifikatutako paziente kopurua Egonaldi ertain-luzeko ospitalizazio psikiatrikoko paziente kopurua (etendura-unean) x 100 -

<p>Behar bezala identifikatutako ospitalizatu gabeko pazienteen ehunekoa, proba diagnostiko edota tratamendu inbaditzaileen zain dauden pazienteen artetik (erradioterapia, hemodialisia, endoskopiak, etab.).</p>	<p>Behar bezala identifikatutako ospitalizatu gabeko paziente kopurua, proba diagnostiko edota tratamendu inbaditzaileen zain dauden pazienteen artetik _____ x 100</p> <p>Ospitalizatu gabeko paziente kopurua guztira, proba diagnostiko edota tratamendu inbaditzaileen zain dauden pazienteen artetik (etendura-unean)</p>	<p>-</p>
<p>Lehen Mailako Arretan behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoa.</p>	<p>Behar bezala identifikatutako paziente kopurua, LMAn arreta jasotzeko zain dauden pazienteen artetik _____ x 100</p> <p>LMAn arreta jasotzeko zain dauden paziente kopurua guztira (etendura-unean)</p>	<p>-</p>
<p>Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura korporatiboa ezarri duten erakundeen ehunekoa.</p>	<p>Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura korporatiboa ezarri duten erakunde kopurua _____ x 100</p> <p>Erakunde kopurua guztira</p>	<p>% 100</p>
<p>Medikazioa hartu behar duten pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura ezarri duten erakundeen ehunekoa.</p>	<p>Medikazioa hartu behar duten pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura ezarri duten erakunde kopurua _____ x 100</p> <p>Erakunde kopurua guztira</p>	<p>% 100</p>
<p>Okerrik egin gabe identifikatzeko prozesuan, paziente, erabiltzaile, sende eta zaintzaileak inplikatzera bideratutako ekintzak gauzatu dituzten erakundeen ehunekoa.</p>	<p>Okerrik egin gabe identifikatzeko prozesuan, paziente, erabiltzaile, sende eta zaintzaileak inplikatzera bideratutako ekintzak gauzatu dituzten erakunde kopurua _____ x 100</p> <p>Erakunde kopurua guztira</p>	<p>-</p>
<p>4. ILDOA. PAZIENTEEK BEREN SEGURTASUNEAN PARTE HARTZEA</p>		
<p>Beren harrera-planak berrikusi eta haietan segurtasun-alderdi jakin batzuei buruzko informazioa gehitu duten erakundeen ehunekoa.</p>	<p>Beren harrera-planetan segurtasun-alderdi jakin batzuei buruzko alderdiak jasotzen dituzten erakunde kopurua _____ x 100</p> <p>Erakunde kopurua guztira</p>	<p>% 100</p>
<p>Pazientei berariaz zuzendutako segurtasun klinikoari buruzko sentibilizazio- eta prestakuntza-ekintzak egin dituzten erakundeen ehunekoa.</p>	<p>Prestakuntza- eta sentibilizazio-ekintzak egin dituzten erakunde kopurua _____ x 100</p> <p>Erakunde kopurua guztira</p>	<p>% 75</p>
<p>Pazienteen elkarrekin edo bestelako taldeekin aliantzak ezarri dituzten erakundeen ehunekoa, pazientearen segurtasuna hobetzeko baterako ekintzak garatze aldera.</p>	<p>Pazienteen elkarrekin edo bestelako taldeekin aliantzak ezarri dituzten erakunde kopurua _____ x 100</p> <p>Erakunde kopurua guztira</p>	<p>% 75</p>

<p>Pazientearen eta Erabiltzailearen Arreta Zerbitzuetako (PEAZ) profesionalen berriaz zuzendutako pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza-saiok egin dituzten erakundeetako ehunekoa.</p>	<p>Pazientearen segurtasunari buruz PEAZei zuzendutako prestakuntza-saiok egin dituzten erakundeetako kopurua _____ x 100 Erakunde kopurua guztira</p>	<p>% 75</p>
<p>Segurtasun-batzordeetan eta/edo pazientearen segurtasunaren alorreko lantaldeetan pazienteak gehitu dituzten erakundeetako ehunekoa.</p>	<p>Segurtasunaren alorreko lantaldeetan pazienteak gehitu dituzten erakundeetako kopurua _____ x 100 Erakunde kopurua guztira</p>	<p>% 75</p>
<p>Segurtasun-gorabeheri buruzko informazio-iturri izan daitezkeen kexak eta erreklamazioak tratatzeko prozedura adostua egotea.</p>	<p>Kexak eta erreklamazioak tratatzeko prozedura bat duten erakundeetako kopurua _____ x 100 Erakunde kopurua guztira</p>	<p>% 100</p>
<p>Segurtasunaren ikuspegitik aztertutako kexen eta erreklamazioen kopurua, segurtasun-gorabeheri buruzko informazioa dutelako.</p>	<p>Kopurua</p>	<p>-</p>
<p>Paziente, senide eta zaintzaileek eskura edukitzea gorabeherak jakinarazteko programa/kanal bat.</p>	<p>Bai/Ez</p>	<p>-</p>
<p>Komunikazio-kanal espezifikoaren bidez pazienteek jakinarazitako segurtasun-gorabeheren kopurua.</p>	<p>Kopurua</p>	<p>-</p>
<p>5. ILDOA. MEDIKAZIOAREN KONTZILIAZIOA</p>		
<p>Medikazioa kontziliatzeko programa bat izatea, berrikusita eta eguneratuta, pazienteek eremu asistentzial batetik bestera egiten dituzten trantsizioetarako.</p>	<p>Eskuragarri</p>	
<p>Medikazioa kontziliatuta duten pazienteen ehunekoa, xede-populazioari dagokionez (adierazle hiru banakatu ahaliko da, kontziliazioa egiten den unean kontuan hartuta: ingresua, alta, lekualdatzea).</p>	<p>Medikazioa kontziliatuta duten pazienteen kopurua, xede-populazioari dagokionez _____ x 100 Xede-populazioko pazienteen kopurua</p>	<p>≥ % 75</p>
<p>Justifikatu gabeko desadostasun kopurua (adierazle hiru banakatu ahaliko da, kontziliazioa egiten den unean kontuan hartuta: ingresua, alta, lekualdatzea).</p>	<p>Justifikatu gabeko desadostasun kopurua _____ x 100 Medikazioa kontziliatuta duten paziente kopurua, guztira</p>	<p>≤ 2</p>

6. ILDOA. ERRADIAZIO IONIZATZAILEA ERABILTZEN DUTEN PROBA DIAGNOSTIKOEN PRESKRIPZIOA OPTIMIZATZEA		
Kalitate-auditoriak egitea erakunde bakoitzeko Erradiodiagnostikoko, Erradioterapiako eta Medikuntza Nuklearreko zerbitzuetan.	Bai/Ez	Eskuragarri
Segurtasun-gorabeherak, kontrako gertaerak eta gertakari zelatariak, erakunde bakoitzeko Erradiodiagnostikoko, Erradioterapiako eta Medikuntza Nuklearreko zerbitzuetan.	Kopurua	-
7. ILDOA. TRANSFUSIO-SEGURTASUNA		
Ondorio kaltegarrien kopurua.	Kopurua	-
la gorabeheren kopurua.	Kopurua	-
Ondorio kaltegarrien ehunekoa (transfusioan emandako osagaiei dagokienez).	Morbilitateari (sekuelak) edo hilkortasunari dagokionez ondorioak dituzten kontrako erreakzio kopurua Transfusioan emandako osagaien kopurua	-
Transfusioan emandako unitateen kopurua (hematiak, plaketak, plasma).	Kopurua	-
8. ILDOA. ASISTENTZIA SANITARIOARI LOTUTAKO INFEKZIOAK PREBENITZEA ETA KONTROLATZEA		
Zauri kirurgikoko sakoneko eta organoko infekzioen intzidentzia kolon-ondesteko kirurgia programatuan, 30 eguneko jarraipenarekin.	Analisiaren aldian kolon-ondesteko kirurgia programatua egin zaien pertsonen kopurua. 30 eguneko jarraipenarekin, zauri kirurgikoko sakoneko eta organoko infekzioa dutenak ebakuntzaondoan $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$	$\leq \% 20$
Zauri kirurgikoko infekzioen intzidentzia aldakako kirurgia protesikoan, 90 eguneko jarraipenarekin.	Analisiaren aldian aldakako kirurgia protesikoa egin zaien pertsonen kopurua jarraipenarekin, zauri kirurgikoko infekzioa dutenak ebakuntzaondoan $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$	$\leq \% 5$
Zauri kirurgikoko infekzioen intzidentzia belauneko kirurgia protesikoan, 90 eguneko jarraipenarekin.	Analisiaren aldian belauneko kirurgia protesikoa egin zaien pertsonen kopurua, 90 eguneko jarraipenarekin, zauri kirurgikoko infekzioa dutenak ebakuntzaondoan $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$	$\leq \% 5$

Indikatuta egon arren, profilaxi antibiotikorik jasozen ez duten pazienteen ehunekoa.	Ebakuntza egin zaien eta indikatuta egon arren, profilaxi antibiotikorik jasozen ez duten pazienteen kopurua $\frac{\text{Ebakuntza egin zaien eta profilaxia indikatuta duten pertsonen kopurua}}{\text{Ebakuntza egin zaien eta indikatuta egon arren, profilaxi antibiotikorik jasozen ez duten pazienteen kopurua}} \times 100$	< % 5
Infekzio nosokomialak arlo medikoan duen intzidentziari buruzko azterlanak.	Hobekuntza-plan baten azterketa eta aurkezpena egitea	-
INZPKPa eguneratzea.	Eginda	-
Unitate asistentzialetan mikroorganismo multierresistenteek eragindako infekzioak detektatzeko plana edukitzea.	Eskuragarri	-
Eskuen higieneari buruzko online prestakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak zein ez-sanitarioak), zerbitzu-erakunde bakoitzeko.	$\frac{\text{Ikastaroa amaitu duten parte-hartzaileen kopurua (metatua)}}{\text{ESlko profesional kopurua (egiturazko plantilla)}} \times 100$	-
Arreta-gunean oinarri alkoholikoko prestakinak edo OAPak dituzten ZIUko oheen ehunekoa.	$\frac{\text{Arreta-gunean OAPak dituzten ZIUko oheen kopurua}}{\text{ZIUko ohe kopurua}} \times 100$	% 100
Arreta-gunean oinarri alkoholikoko prestakinak edo OAPak dituzten ospitalizazioko oheen ehunekoa.	$\frac{\text{Arreta-gunean OAPak dituzten ospitalizazioko oheen kopurua}}{\text{Ospitalizazioko ohe kopurua}} \times 100$	% 100
OAPen kontsumoa ospitalizazioan.	$\frac{\text{Emandako litro kopurua}}{\text{Egonaldi kopurua guztira, ebaluatutako epealdiari dagokionez}} \times 100$	-
OAPen kontsumoa LMAN.	$\frac{\text{Emandako OAP litro kopurua}}{\text{Kontsulta kopurua guztira, ebaluatutako epealdiari dagokionez}} \times 100$	-
Eskuen higieneari buruzko behaketa.	$\frac{\text{Eskuen higieneari buruz egindako ekintza kopurua}}{\text{Eskuen higieneari buruz behatutako aukera kopurua}} \times 100$	-
OAPen erabilerari buruzko behaketa.	$\frac{\text{Eskuen higieneari buruz egindako ekintza kopurua, zeinetan OAP erabili den}}{\text{Eskuen higieneari buruz behatutako aukeren kopurua}} \times 100$	-

Plan bat zehaztuta edukitzea, germu-kateterizazioari lotutako germu-traktuko infekzioa murrizteko esku-hartzeak jasota dituenak.	-	% 100
Germu-infekzioaren (GI) prebalentziaren murrizketa portzentuala, germu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteen kasuan, aurreko urtearen aldean (EPINE).	$\frac{\text{Germu-infekzioaren prebalentzia aurreko urtean} - \text{Germu-infekzioaren prebalentzia uneko urtean}}{\text{Germu-infekzioaren prebalentzia aurreko urtean}} \times 100$	\geq % 25
Protokoloaren arabera kendutako zunden ehunekoa, kirurgia txikiak eta zesareak dituzten erakundeetan.	$\frac{\text{Protokoloaren arabera kendu daitezkeen zunden kopurua}}{\text{Protokoloaren arabera kendutako zunda kopurua}} \times 100$	% 100
IOZ proiektua: profilaxi antibiotikoa erabat betetzea.	$\frac{\text{Irizpidea beteta duten interbentzio kopurua}}{\text{Profilaxi antibiotikoko irizpidea duten jasotako interbentzio kopurua}} \times 100$	> % 95
IOZ proiektua: klorhexidina alkoholduna erabat aplikatzea.	$\frac{\text{Irizpidea beteta duten interbentzio kopurua}}{\text{Jasotako interbentzio kopurua}} \times 100$	> % 90
IOZ proiektua: gorputzeko ilea edo biloa erabat kentzea.	$\frac{\text{Irizpidea beteta duten interbentzio kopurua}}{\text{Jasotako interbentzio kopurua}} \times 100$	> % 90
PROAk garatzea ESI eta egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan.	-	% 100
Kateter benoso zentralari lotutako lehen mailako bakteriemien batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboan unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan (intzidentzia-tasa ballabidearen 1.000 eguneko).	$\frac{\text{Kateter benoso zentralari lotutako lehen mailako bakteremia kopurua}}{\text{Kateter benoso zentrala jarrita egon den egun kopurua}} \times 1000$	Osp. < 500 ohe < 2,5 Osp. \geq 500 ohe < 4
Airezapen mekanikoak eragindako pneumoniaren batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboan unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan (intzidentzia-tasa ballabidearen 1.000 eguneko).	$\frac{\text{Airezapen mekanikoak eragindako pneumonia kopurua}}{\text{Airezapen mekanikoa jarrita egon den egun kopurua}} \times 1000$	Osp. < 500 ohe < 4 Osp. \geq 500 ohe < 7
Zundaketak eragindako germu-traktuko infekzioaren batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboan unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan (intzidentzia-tasa ballabidearen 1.000 eguneko).	$\frac{\text{Zundaketak eragindako gemu-traktuko infekzio kopurua}}{\text{Uretrako zundaketa jarrita egon den egun kopurua}} \times 1000$	Osp. < 500 ohe < 3 Osp. \geq 500 ohe < 3

9. ILDOA. KIRURGIA SEGURUA	
Kirurgia programatu urgentea egin zaien pertsonen ehuneko globala, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerranda (SKEZ) aplikatuta.	$\frac{\text{Kirurgia programatu urgentea egin zaien pertsonen kopurua, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerranda (SKEZ) aplikatuta}}{\text{Kirurgia programatu urgentea egin zaien pertsonen kopurua guztira}} \times 100$
Kirurgia programatua egin zaien pertsonen ehunekoa, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerranda (SKEZ) aplikatuta.	$\frac{\text{Kirurgia programatua egin zaien pertsonen kopurua, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerranda (SKEZ) aplikatuta}}{\text{Kirurgia programatua egin zaien pertsonen kopurua guztira}} \times 100$
Kirurgia urgentea egin zaien pertsonen ehunekoa, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerranda (SKEZ) aplikatuta.	$\frac{\text{Kirurgia urgentea egin zaien pertsonen kopurua, segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerranda (SKEZ) aplikatuta}}{\text{Kirurgia urgentea egin zaien pertsonen kopurua guztira}} \times 100$
Segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerrendaren (SKEZ) erabilera egokiari buruzko sentibilizazio-saiok egin dituzten zerbitzu kirurgikoen ehunekoa.	$\frac{\text{SKEZren erabilera egokiari buruz egindako sentibilizazio-saioen kopurua}}{\text{Zerbitzu kirurgikoen kopurua guztira}} \times 100$
Segurtasun kirurgikoa egiaztatzeko zerrendaren (SKEZ) erabilera buruzko autoebaluazioa egin duten zerbitzu kirurgikoen ehunekoa.	$\frac{\text{SKEZren erabilera egokiari buruz behaketa bidezko autoebaluazioa egin duten zerbitzu kirurgikoen kopurua (urteko etendura)}}{\text{Zerbitzu kirurgikoen kopurua guztira}} \times 100$
"Ebakuntzak okerreko eremuan egitea ekiditeko protokoloa" antolamenduzko ezaugarrietara egokitu duten erakundeen ehunekoa.	$\frac{\text{Ebakuntzak okerreko eremuan egitea ekiditeko protokoloa egokitu duten erakundeen kopurua}}{\text{Erakunde kopurua guztira}} \times 100$
10. ILDOA. SEGURTASUNA HAURDUNALDI-ERDITZE-ERDIBERRIAROKO PROZESU ASISTENTZIALEAN	
Tresna bidezko erditzeak.	$\frac{\text{Tresna bidezko erditzeen kopurua}}{\text{Erditze kopurua guztira}} \times 100$
3. eta 4. mailako urradurak.	$\frac{\text{3. eta 4. mailako urradura kopurua}}{\text{Erditze baginalen kopurua}} \times 100$
Zesarea bidezko erditzeak.	$\frac{\text{Zesarea bidezko erditzeen kopurua}}{\text{Erditze kopurua guztira}} \times 100$

Infekzio puerperala duten erdiberrien tasa.	$\frac{\text{Infekzio puerperala izan duten erdiberrien kopurua}}{\text{Alta eman zaien erdiberrien kopurua}} \times 1000$	< % 20 urtean
Konplikazio hemorragikoen tasa.	$\frac{\text{Transfusioa behar izan duten erdiberrien kopurua}}{\text{Alta eman zaien erdiberrien kopurua}} \times 1000$	< % 12 urtean
Erditu osteko urgentziazko berringresuen tasa.	$\frac{\text{Erditu eta 30 egun baino lehen, zerbitzu berean (patologiaren bategatik) berrituz ingresatu behar izan duten erdiberrien kopurua}}{\text{Alta eman zaien erdiberrien kopurua}} \times 1000$	< % 5 urtean
Episiotomia bidezko erditze euzozikoen ehunekoa.	$\frac{\text{Episiotomia bidezko erditze euzozikoa izan duten erdiberrien kopurua}}{\text{Erditze euzozikoen kopurua}} \times 100$	< % 20 urtean
Amen heriotza-tasa.	$\frac{\text{Haurdunaldian, erditzean edo erditu eta 42 egunera hil diren emakumeen kopurua}}{\text{Bizirik jaiotako jaioberriak}} \times 1000$	< % 0,06 urtean
Jaioberrien heriotza goiztiarren tasa.	$\frac{\text{Hilik jaiotako jaioberriak, } \geq 500 \text{ g-ko pisua izan dutenak}}{\geq 500 \text{ g-ko pisua duten jaioberrien kopurua}} \times 1000$	< % 7 urtean
11. ILDOA. PAZIENTEAREN SEGURTASUNA LARRIALDI-ZERBITZUETAN		
Larrialdi-zerbitzuetan segurtasuneko erreferente bat duten erakundeek erakundeek, edo, gutxienez, zerbitzu-erakunde Segurtasun Batzordean larrialdi-zerbitzuko profesional bat duten erakundeek ehunekoa.	$\frac{\text{Larrialdi-zerbitzuetan segurtasuneko erreferente bat duten erakundeek kopurua, edo, gutxienez zerbitzu-erakunde Segurtasun Batzordean larrialdi-zerbitzuko profesional bat duten erakundeek kopurua}}{\text{Zerbitzu-zorroan larrialdi-zerbitzua duten erakundeek kopurua}} \times 100$	% 100
Jakinarazitako segurtasun-gorabeheren kopurua larrialdi-zerbitzuei dagokienez.	Kopurua	-
Hobekuntza-ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gorabeheren ehunekoa.	$\frac{\text{Hobekuntza-ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gorabeheren kopurua}}{\text{Jakinarazitako gorabehera kopurua guztira}} \times 100$	≥ 50
Hobetzeko ezarritako ekintzen ehunekoa.	$\frac{\text{Ezarritako hobekuntza-ekintzen kopurua}}{\text{Proposatutako hobekuntza-ekintzen kopurua}} \times 100$	≥ 60

<p>"Larrialdi-zerbitzueta medikamentuak erabiltzeko sistemarako jardunbide egokiak" dokumentua hedatzeko egindako saio kopurua.</p>	<p>Kopurua</p>	-
<p>"Larrialdi-zerbitzueta medikamentuak erabiltzeko sistemarako jardunbide egokiak" dokumentua ezagutzen duten profesionalen ehunekoa.</p>	<p>"Larrialdi-zerbitzueta medikamentuak erabiltzeko sistemarako jardunbide egokiak" dokumentua ezagutzen duten profesionalen kopurua Larrialdi-zerbitzuko profesional kopurua guztira</p> <p>_____ x 100</p>	% 100
<p>Medikazio-prozesuaren faseetako segurtasuna hobetze aldera, larrialdi-zerbitzuan Farmaziako fakultatiboen laguntza duten erakundeen ehunekoa.</p>	<p>Farmaziako fakultatiboen laguntza duten larrialdi-zerbitzuen kopurua Zerbitzu-zorroan larrialdi-zerbitzua duten erakundeen kopurua</p> <p>_____ x 100</p>	≥ % 70
<p>Larrialdi-zerbitzueta medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunari buruzko autoebaluazio-galdetgia bete duten erakundeen ehunekoa.</p>	<p>Medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunari buruzko autoebaluazio-galdetgia bete duten larrialdi-zerbitzuen kopurua Zerbitzu-zorroan larrialdi-zerbitzua duten erakundeen kopurua</p> <p>_____ x 100</p>	≥ % 80
<p>Prestakuntza dauden langileei eta preskripzioak egiten dituzten gainerako profesionalen Osakidetza preskripzio elektronikoko sistemari buruz larrialdi-zerbitzueta emandako prestakuntza-saioen kopurua.</p>	<p>Kopurua</p>	-
<p>"Larrialdi-zerbitzueta infekzioak prebenitzeko jardunbide egokiak" dokumentua hedatzeko egindako saio kopurua.</p>	<p>Kopurua</p>	-
<p>"Larrialdi-zerbitzueta infekzioak prebenitzeko jardunbide egokiak" dokumentua ezagutzen duten profesionalen ehunekoa.</p>	<p>Larrialdi-zerbitzueta infekzioak prebenitzeko jardunbide egokiak dokumentua ezagutzen duten profesionalen kopurua Larrialdi-zerbitzuko profesional kopurua guztira</p> <p>_____ x 100</p>	% 100
<p>Larrialdi Zerbitzuan arreta-protokolo espezifiko bat duten erakundeen ehunekoa, arnas patologiek in lotutako eskari asistentziala igotzen denerako.</p>	<p>Larrialdi Zerbitzuan arreta-protokolo espezifiko bat duten erakundeen kopurua, arnas patologiek in lotutako eskari asistentziala igotzen denerako Zerbitzu-zorroan larrialdi-zerbitzua duten erakundeen kopurua</p> <p>_____ x 100</p>	% 100
<p>"Larrialdi-zerbitzueta pazienteen transferentziak egiteko jardunbide egokiak" dokumentua ezagutzen duten profesionalen ehunekoa.</p>	<p>"Larrialdi-zerbitzueta pazienteen transferentziak egiteko jardunbide egokiak" dokumentua ezagutzen duten profesionalen kopurua Larrialdi-zerbitzuko profesional kopurua guztira</p> <p>_____ x 100</p>	% 100
<p>Pazienteen transferentzia egokia bermatze aldera (fisikoa zein informazioari dagokiona), ospitaleko beste zerbitzu batzuekin (ospitalizazioa, ZIU, ebakuntza-gela, etab.) adostutako protokoloak dituzten larrialdi-zerbitzuen ehunekoa.</p>	<p>Pazienteen transferentzia egokia bermatze aldera, ospitaleko beste zerbitzu batzuekin (ospitalizazioa, ZIU, ebakuntza-gela, etab.) adostutako protokoloak dituzten larrialdi-zerbitzuen kopurua Zerbitzu-zorroan larrialdi-zerbitzua duten erakundeen kopurua</p> <p>_____ x 100</p>	≥ % 80

<p>Pazienteen transferentzia egokia bermatze aldera (fisikoa zein informazioari dagokiona), Larrialdietako Garraio Sanitarioaren Sarearekin (LGSS) protokolo bat adostu duten larrialdi-zerbitzuen ehunekoa.</p>	<p>Pazienteen transferentzia egokia bermatze aldera (fisikoa zein informazioari dagokiona), Larrialdietako Garraio Sanitarioaren Sarearekin (LGSS) protokolo bat adostu duten larrialdi-zerbitzuen kopurua $\times 100$</p> <p>Zerbitzu-zorroan larrialdi-zerbitzua duten erakundeen kopurua</p> <p>$\geq \% 80$</p>
<p>Arreta eman zaien bitartean behar bezala identifikatutako pazienteen ehunekoa (identifikazio korporatiboko eskumuturrekoa dutenak).</p>	<p>Arreta eman zaien bitartean behar bezala identifikatutako pazienteen kopurua (urteko etendura) $\times 100$</p> <p>Larrialdi-zerbitzuetan artatutako pertsona kopurua guztira (etenduraren nean)</p> <p>$\% 100$</p>
<p>12. ILDOA. PAZIENTEAREN SEGURTASUNA EMERGENTZIAN</p>	
<p>"Pazientearen segurtasunari buruzko oinarritzko ikastaroa" egin duten Emergentzia Zerbitzuko profesionalen ehunekoa.</p>	<p>Pazientearen segurtasunari buruzko oinarritzko ikastaroa egin duten Emergentzia Zerbitzuko profesionalen kopurua $\times 100$</p> <p>Emergentzia Zerbitzuko profesional kopurua guztira</p> <p>$\geq \% 80$</p>
<p>Jakinarazitako segurtasun-gorabeheren kopurua, emergentzietan dagokienez.</p>	<p>Kopurua</p>
<p>Hobekuntza-ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gorabeheren ehunekoa.</p>	<p>Hobekuntza-ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gorabeheren kopurua $\times 100$</p> <p>Jakinarazitako gorabehera kopurua guztira</p> <p>$\geq \% 50$</p>
<p>Hobetzeko ezarritako ekintzen ehunekoa.</p>	<p>Ezarritako hobekuntza-ekintzen kopurua $\times 100$</p> <p>Proposatutako hobekuntza-ekintzen kopurua</p> <p>$\geq \% 60$</p>
<p>"Bigarren eta hirugarren biktimekiko esku-hartzea pazientearen segurtasunaren eremuan" pazientearen segurtasunaren eremuan" ikastaroa egin duten emergentzietako profesionalen ehunekoa.</p>	<p>"Bigarren eta hirugarren biktimekiko esku-hartzea pazientearen segurtasunaren eremuan" ikastaroa egin duten emergentzietako profesionalen kopurua $\times 100$</p> <p>Emergentzia Zerbitzuko profesional kopurua guztira</p> <p>$\geq \% 70$</p>
<p>Emergentziak erakundearekin protokolo bat adostu duten erakundeen ehunekoa, pazienteen transferentzia egokia bermatzeko (transferentzia fisikoa zein informazioari dagokiona barne).</p>	<p>Emergentzietan protokolo bat adostu duten erakundeen kopurua, "pazienteen transferentzia egokia bermatzeko (transferentzia fisikoa zein informazioari dagokiona barne) Erakunde kopurua guztia $\times 100$</p> <p>$\geq \% 80$</p>
<p>Arreta eman zaien bitartean behar bezala identifikatutako pertsonen ehunekoa.</p>	<p>Arreta eman zaien bitartean behar bezala identifikatutako pazienteen kopurua (urteko etendura) $\times 100$</p> <p>Larrialdi-zerbitzuetan artatutako pertsona kopurua guztira (etenduraren nean)</p> <p>$\geq \% 90$</p>
<p>Anbulantzien mobilizazio okerren ehunekoa.</p>	<p>Anbulantzien mobilizazio okerren kopurua (ezarritako denbora-tarte batean) $\times 100$</p> <p>Mobilizazio kopurua guztira (azterketa egiteko ezarritako denboran)</p> <p>$< \% 1$</p>

13. ILDOA. PAZIENTEAREN SEGURTASUNA ZAINKETEI DAGOKIENEZ	
Presio-ultzerak izateko arriskuaren balorazioa egin zaien ospitalizatutako pertsonen ehunekoa.	$\frac{\text{Presio-ultzerak izateko arriskuaren balorazioa egin zaien ospitalizatutako pertsonen kopurua}}{\text{Ospitalizatutako pertsona kopurua guztira}} \times 100$
Presio-ultzeren urteko prebalentzia-azterlan bat eginda edukitzea erakundearen.	Bai/Ez
Urteko prebalentzia-azterlanaren bidez hautemandako ultzeren ehunekoa, Osanaiaren bidez aitortu ez direnena.	$\frac{\text{Prebalentzia-etenduran hautemandako ultzera kopurua, Osanaiaren erregistratuta ez daudenak}}{\text{Prebalentzia-etenduran hautemandako ultzera kopurua}} \times 100$
II. mailako edo goragoko ospitale-barneko presio-ultzeren intzidentzia-tasa, Osanaiaren bidez aitortu direnena.	$\frac{\text{II. mailako edo goragoko ospitale-barneko presio-ultzeren kopurua}}{\text{Egonaldi kopurua (egunak)}} \times 1000$
Ospitale-barneko errikoen intzidentzia-tasa, Osanaiaren bidez aitortu direnena.	$\frac{\text{Ospitale-barneko errikoen kopurua}}{\text{Egonaldi kopurua (egunak)}} \times 1000$
14. ILDOA. MEDIKAZIOA ERABILITZEAREN INGURUKO JARDUNBIDE EGOKIAK	
Zainbarneko potasioa ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundearen proportzioa.	$\frac{\text{Zainbarneko potasioa ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundearen kopurua}}{\text{Aplikagarria den erakundearen kopurua guztira}} \times 100$
Intsulinak ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundearen proportzioa.	$\frac{\text{Intsulinak ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundearen kopurua}}{\text{Aplikagarria den erakundearen kopurua guztira}} \times 100$
Ahotiko antikoagulatzaileak ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundearen proportzioa.	$\frac{\text{Ahotiko antikoagulatzaileak ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundearen kopurua}}{\text{Aplikagarria den erakundearen kopurua guztira}} \times 100$
Zitostatikoak ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundearen proportzioa.	$\frac{\text{Zitostatikoak ematean, akatsak saihesteko estrategia gisa, jardunbide egokiak ezartzen dituzten erakundearen kopurua}}{\text{Aplikagarria den erakundearen kopurua guztira}} \times 100$

<p>Ospitaleetan medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunaren autoebaluzioa egin duten erakundeen proportzioa.</p>	<p>Ospitaleetan medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunaren autoebaluzioa egin duten erakundeen kopurua Aplikagarria den erakundeen kopurua guztira</p> <p style="text-align: right;">_____ x 100</p>	<p>-</p>
<p>Zainketa Intentsiboan unitateetan medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunaren autoebaluzioa egin duten erakundeen proportzioa.</p>	<p>ZiUetan medikamentuak erabiltzeko sistemaren segurtasunaren autoebaluzioa egin duten erakundeen kopurua Aplikagarria den erakundeen kopurua guztira</p> <p style="text-align: right;">_____ x 100</p>	<p>-</p>
<p>15. ILDOA. JARDUNBIDE EGOKIAK DESNUTRIZIO-ARRISKUAN DAUDEN OSPITALIZATUTAKO PAZIENTEENGAN</p>		
<p>Ingresuan, nutrizio-egoeraren baheketa egin zaien pazienteen ehunekoa, xede-populazioari dagokionez.</p>	<p>Ingresuan, nutrizio-egoeraren baheketa egin zaien pazienteen kopurua Xede-populazioko paziente kopurua</p> <p style="text-align: right;">_____ x 100</p>	<p>% 100</p>
<p>Ingresuan behar bezala elikatuta dauden eta alta jasotzeko unean desnutrizioa edo desnutrizio-arriskua duten pazienteen ehunekoa, xede-populazioari dagokionez.</p>	<p>Ingresuan behar bezala elikatuta dauden eta alta jasotzeko unean desnutrizioa edo desnutrizio-arriskua duten pazienteen kopurua Xede-populazioko paziente kopurua, ingresuan behar bezala elikatuta daudenak</p> <p style="text-align: right;">_____ x 100</p>	<p>≤ % 5-10</p>
<p>Ingresuan desnutrizio-arriskua duten eta alta jasotzeko unean desnutriziorik ez duten pazienteen ehunekoa, xede-populazioari dagokionez.</p>	<p>Ingresuan desnutrizio-arriskua duten eta alta jasotzeko unean desnutriziorik ez duten pazienteen kopurua Xede-populazioko paziente kopurua, ingresuan desnutrizio-arriskua dutenak</p> <p style="text-align: right;">_____ x 100</p>	<p>≥ % 90-95</p>
<p>Pertsonaren nutrizio-egoera eta kasuan kasuko gomendioak jasota dituzten alta-txostenen ehunekoa ospitalizazio-unitateetan, xede-populazioari dagokionez.</p>	<p>Nutrizio-egoera eta kasuan kasuko gomendioak jasota dituzten alta-txostenen kopurua, xede-populazioari dagokionez Alta-txostenen kopurua, xede-populazioari dagokionez</p> <p style="text-align: right;">_____ x 100</p>	<p>% 100</p>
<p>16. ILDOA. ERAGINDAKO GERNU-INKONTINENTZIA PREBENITZEKO JARDUNBIDE EGOKIAK</p>		
<p>Ingresuan haien egoera funtzionala eta behar duten laguntza aztertzeke balorazioa egin zaien pazienteen ehunekoa.</p>	<p>Ingresuan balorazioa egin zaien pazienteen kopurua Ospitalizatutako paziente kopurua guztira</p> <p style="text-align: right;">_____ x 100</p>	<p>% 100</p>
<p>Gidaren gomendioen arabera gerneru-inkontinentziarako xurgatzaileak aplikatzen zaizkien ospitalizatutako pazienteen ehunekoa.</p>	<p>Gomendioen arabera gerneru-inkontinentziarako xurgatzaileak erabiltzeko pautak ezarri zaien ospitalizatutako pazienteen kopurua Ospitalizatutako paziente kopurua guztira</p> <p style="text-align: right;">_____ x 100</p>	<p>% 100</p>

Ingresatu aurretik gernu-inkontinentziarako xurgatzailearik erabiltzen ez zuten eta ospitalizazioan erabiltzen ez zuten eta ospitalizazioan xurgatzaileak aplikatu zaizkien pazienteen kopurua aplikatu zaizkien pazienteen ehunekoa.	Ingresatu aurretik gernu-inkontinentziarako xurgatzailearik erabiltzen ez zuten eta ospitalizazioan xurgatzaileak aplikatu zaizkien pazienteen kopurua Ingresatzeko unean gernu-inkontinentziarako xurgatzailearik erabiltzen ez zuten pazienteen kopurua guztira	-
Ingresatzeko unean gernuari eusteko gai ziren eta alta jasotzeko unean horretarako gai ez ziren pazienteen kopurua ehunekoa.	Ingresatzeko unean gernuari eusteko gai ziren eta alta jasotzeko unean horretarako gai ez ziren pazienteen kopurua Ingresatzeko unean gernuari eusteko gai ziren pazienteen kopurua	-
17. ILDOA. SUIZIDIOAREN PREBENTZIOA		
Saiakuntzen erregistroa (SE) sortzea.		-
ESI bakoitzean erregistratutako kasuen ehunekoa, espero zitezkeekin alderatuta (literatura).	$\frac{\text{ESI bakoitzean erregistratutako kasu kopurua}}{\text{Espero zitezkeen kasuen kopurua}} \times 100$	
Egindako prestakuntza-jardueren kopurua.		
Suizidioa prebenitzeko prestakuntza jaso duten ESI bakoitzeko profesional asistentzialen ehunekoa (mediku, erizain, Erizaintzako laguntzaile, psikologo, gizarte-langile, terapeuta okupazional, fisioterapeuta, emagin eta abar.).	$\frac{\text{Suizidioa prebenitzeko prestakuntza jaso duten ESI bakoitzeko profesional asistentzialen kopurua (mediku, erizain, Erizaintzako laguntzaile, psikologo, gizarte-langile, terapeuta okupazional, fisioterapeuta, emagin eta abar.)}}{\text{ESlko egiturazko plantilla (mediku, erizain, Erizaintzako laguntzaile, psikologo, gizarte-langile, terapeuta okupazional, fisioterapeuta, emagin eta abar.)}} \times 100$	
Gomendatutako maiztasunean birziklatze-prestakuntza jasotzen duten ESI bakoitzeko profesional asistentzialen ehunekoa (mediku, erizain, Erizaintzako laguntzaile, psikologo, gizarte-langile, terapeuta okupazional, fisioterapeuta, emagin eta abar.).	$\frac{\text{Gomendatutako maiztasunean birziklatze-prestakuntza jasotzen duten ESI bakoitzeko profesionalen kopurua (mediku, erizain, Erizaintzako laguntzaile, psikologo, gizarte-langile, terapeuta okupazional, fisioterapeuta, emagin eta abar.)}}{\text{ESlko egiturazko plantilla (mediku, erizain, Erizaintzako laguntzaile, psikologo, gizarte-langile, terapeuta okupazional, fisioterapeuta, emagin eta abar.)}} \times 100$	
Osabiden txertatutako laguntza-tresnen kopurua.		-
Laguntza-tresnaren bat erabili den jarduketan kopurua, ESI bakoitzeko.		-

		Eskuragarri
Oraintsuko Suizidio Ahaleginaren Kodea (OSAK) sortzea.	-	-
ESI bakoitzean OSAKaren barruan dauden pazienteen kopurua guztira, eta paziente guztiak kontuan hartuta dagokien ehunekoa.	ESI bakoitzean OSAKaren barruan dauden pazienteen kopurua _____ x 100 ESIko pazienteen kopurua guztira	
OSAK pazienteen ehunekoa, segimendu anbulatorioa hasi ez dutenak edo betetzen ez dutenak, Osasun Mentaleko Sare bakoitzean.	OSAK pazienteen kopurua, segimendu anbulatorioa hasi ez dutenak edo betetzen ez dutenak, Osasun Mentaleko Sare bakoitzean _____ x 100 OSAKaren barruan dauden pazienteen kopurua guztira, Osasun Mentaleko Sare bakoitzean	
OSAK pazienteen ehunekoa, gomendatutakoa baino denbora gehiago eman dutenak hurrengo bisitara arte, Osasun Mentaleko Sare bakoitzean.	OSAK pazienteen kopurua, gomendatutakoa baino denbora gehiago eman dutenak hurrengo bisitara arte, Osasun Mentaleko Sare bakoitzean _____ x 100 OSAKaren barruan dauden pazienteen kopurua guztira, Osasun Mentaleko Sare bakoitzean	
Suizidio-arriskurako zainketa-plan bat definitu eta aplikatzen zaien Osasun Mentaleko erakundeen ehunekoa	Suizidio-arriskurako zainketa-plan bat definitu eta aplikatzen zaien Osasun Mentaleko erakundeen kopurua _____ x 100 Erakunde kopurua guztira	
Osasun Mentaleko erakunde bakoitzean zainketa-plan baten barruan dauden pazienteen kopurua guztira, eta paziente guztiak kontuan hartuta dagokien ehunekoa.	Osasun Mentaleko erakunde bakoitzean zainketa-plan baten barruan dauden pazienteen kopurua _____ x 100 Osasun Mentaleko erakunde bakoitzeko paziente kopurua guztira	
Suizidio-kasuak diziplina anitzetik berrikusteko protokoloa duten Osasun Mentaleko erakundeen ehunekoa.	Suizidio-kasuak diziplina anitzetik berrikusteko protokoloa duten Osasun Mentaleko erakundeen kopurua _____ x 100 Osasun Mentaleko erakunde kopurua guztira	
Osasun Mentaleko erakunde bakoitzean suizidio-arriskuari buruz egindako berrikusketen ehunekoa.	Osasun Mentaleko erakunde bakoitzean suizidio-arriskuari buruz egindako berrikusketen kopurua _____ x 100 Osasun Mentaleko erakunde bakoitzeko paziente kopurua guztira	

<p>Egindako berrikusketen ondorioekin urteko txostena egiten duten Osasun Mentaleko erakundeen ehunekoa.</p>	<p>Egindako berrikusketen ondorioekin urteko txostena egiten duten Osasun Mentaleko erakundeen kopurua _____ x 100</p> <p>Osasun Mentaleko erakunde kopurua guztira</p>	
<p>Suizidio-arrisku bereziko patologien edota egoera klinikoaren zerranda bat sortzea, zeinen kasuan komeni baita suizidio-arriskua maiz ebaluatzea.</p>	<p>-</p>	<p>Eskuragarri</p>
<p>Suizidio-arriskuaren ebaluazioaren betetze-mailaren ehunekoa, arrisku hori ekar dezaketen eta lehentasunezko eskaintzan jasotako patologien kasuan.</p>		

6. Bibliografia

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
2. Osasunaren Mundu Erakundea. Pazientearen Segurtasunerako Nazioarteko Aliantza. *La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura*. 2008.
3. *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005*. Madril: Osasun eta Kontsumo Ministerioa; 2006. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/docs/ENEAS.pdf>
4. *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Estudio APEAS*. Madril: Osasun eta Kontsumo Ministerioa; 2008. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/docs/APEAS.pdf>
5. Osakidetza. *Pazientearen Segurtasunaren Estrategia 2013-2016*. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referenciadocumental/Documentos%20compartidos/SeguridadPacienteEu.pdf>
6. Osakidetza. *Pazientearen Segurtasun Estrategia 20 20*. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo_estrategia_seg_paciente/eu_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020_eu.pdf
7. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritzza. *Marko Estrategikoa 2021-2024*. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco_estrategico_2021_2024/eu_def/adjuntos/Marco-Estrategikoa-Osasun-Saila-2021-2024.pdf
8. Conklin, A. *Room for improvement: Strong patient safety systems could limit health, social and economic harms from medical error*. RAND Europe, 2009. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: http://www.rand.org/pubs/research_briefs/2009/RAND_RB9472.pdf
9. Osasunaren Mundu Erakundea. *World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme*. Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea, 2004. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

10. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. *La seguridad del paciente en siete pasos. Agencia Nacional para la seguridad del paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido.* Osasun Sistema Nazionaleko Kalitate Agentzia, 2005. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
11. *Making Healthcare Safer III.* Content last reviewed April 2020. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/research/findings/making-healthcare-safer/mhs3/index.html>
12. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020.* [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf
13. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Formación Autoguiada en Seguridad del Paciente. Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo.* [Internet]. Eskuragarri: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/>
14. Bañeres J, Cavero E, López L et al. *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.* Osasun eta Kontsumo Ministerioa. 2005. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
15. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. *Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. Tensiones y posibles conflictos de legales. Primer Informe. Marzo 2007.* [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SistemaNotificacionRegistroPrimerInforme.pdf>
16. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. *Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. La notificación de eventos adversos en el sector sanitario. Perspectiva de derecho comparado. Segundo Informe, diciembre de 2007.* [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SistemaNotificacionRegistroSegundoInforme.pdf>
17. Osasun eta Gizarte Politika Ministerioa. *El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales.* 2009. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/EstablecimientoSistemaNacionalNotificacion.pdf>

18. *Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud*. [Internet]. [Kontsulta: 2022ko maiatza]. Eskuragarri: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_final_15nov2007.pdf
19. Osakidetza. Pazientearen Segurtasunaren Arloan Jakinarazpenak Egiteko eta Ikasteko Sistema. [Internet]. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: http://incidentesdeseguridad.osasunet/_UI/_public/Inicio-is.aspx
20. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. *Euskadiko Osasun Politikak 2013-2020*. Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa. Vitoria-Gasteiz, 2014. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_salud_2013_2020/eu_def/adjuntos/osasun_plana_2013_2020-web%2020_03_2018.pdf
21. 78/2016 Dekretua, maiatzaren 17koa, Euskadiko osasun-zentro eta -zerbitzuetan osasun-laguntza jasotzen duten pazienteen segurtasun-neurriei buruzkoa. Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria, 98. zenbakia (2016ko maiatzaren 25a). [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/eu/bopv2/datos/2016/05/1602210e.pdf>
22. Osakidetza. *Kontrako Gertaerak Kudeatzeko Gomendioen Gidaliburua*. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/Kontrako%20Gertaerak%20kudeatzeko%20gomendioan%20gidaliburua.pdf>
23. Osakidetzako Zuzendaritza Nagusia. 2/2018 Jarraibidea, Osakidetzako esparruan gertaera zentinelak eta baita beste kontrako gertaerak eta epidemia agerraldiak edo alerta epidemiologikoak ere modu emokian jakinarazteko eta aztertzeke (2018ko otsailaren 21ekoa). [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_normativa/eu_def/adjuntos/2018/02_2018ZN_eus.pdf
24. Reason J. *Human error: models and management*. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):768-70.
25. Wu AW. *Medical error: the second victim*. West J Med. 2000 Jun;172(6):358-9.
26. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR *et al*. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*. Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5):325-30.
27. Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C *et al*. *Abandon the term "second victim"*. BMJ. 2019 Mar 27;364:l1233.
28. Tumelty ME. *The Second Victim: A Contested Term?* J Patient Saf. 2021 Dec 1;17(8):e1488-e1493.

29. Wu AW, Shapiro J, Harrison R *et al.* *The Impact of Adverse Events on Clinicians: What's in a Name?* J Patient Saf. 2020 Mar;16(1):65-72.
30. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S *et al.* Research Group on Second and Third Victims. *The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals.* BMC Health Serv Res. 2015 Apr 9;15:151.
31. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J *et al.* *Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events.* BMJ Qual Saf. 2014 Apr;23(4):325-31.
32. Wu AW, Steckelberg RC. *Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse?* BMJ Qual Saf. 2012 Apr;21(4):267-70.
33. Denham CR. TRUST: *The 5 Right of the Second Victim.* Patient Saf. 2007;3(2):107-19.
34. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE *et al.* *Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review.* Int J Qual Health Care. 2010 Oct;22(5):371-9.
35. *Segundas víctimas lantaldea. Recomendaciones para decir "Lo siento" tras un evento adverso.* Madril, 2016ko uztaila. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/DECIR-LO-SIENTO-INFORME-FINAL_rev-def.pdf
36. *Segundas y terceras víctimas ikerketa-taldea. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.* 2015. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/docs/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf
37. Wu AW, Boyle DJ, Wallace G *et al.* *Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement.* J Public Health Res. 2013 Dec 1;2(3):e32.
38. Astier MP, Romeo CM, Urruela A. *Tendiendo puentes entre regulacion juridica y cultura de seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud.* J Healthc Qual Res. 2018 Mar-Apr;33(2):65-67.
39. Osasun Ministerioa. *Recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño (eventos adversos). Cuestiones metodológicas y legales.* 2021. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2021/docs/Recomendaciones_para_el_analisis_de_los_incidentes_de_seguridad_del_paciente_con_dano_Accesible.pdf
40. Missouri Unibertsitatea. forYOU programa. [Internet]. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou> <https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou>

41. Edrees H, Connors C, Paine L *et al.* *Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study.* BMJ Open. 2016 Sep 30;6(9):e011708.
42. *Proyecto de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas.* [Internet]. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <http://www.segundasvictimas.es>
43. Osakidetza. *Bigarren eta Hirugarren Mailako Biktimei Arreta Emateko Protokoloa.* 2019. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/DOC%20ESTRATEGIA%2020%2020/Bigarren%20eta%20hirugarren%20mailako%20biktimei%20arreta%20emateko%20protokoloa.pdf>
44. Segundas Víctimas por SARS-CoV-2 ikerketa-taldea. *SER + contra COVID: Segundas víctimas del SARS-CoV-2 (COVID-19).* [Internet]. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://segundasvictimas covid19.umh.es/p/por-que-hablamos-de-segundas-victimas.html>
45. The Joint Commission. *Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation.* 2012. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/patient-safety/tjc-improvingpatientandworkersafety-monograph.pdf>
46. K. De Bienassis L, Slawomirski SK, Klazinga NS. *The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace: Occupational safety as the bedrock of resilient health systems.* 2021. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b25b8c39-enpdf?expires=1647607765&id=id&accname=guest&checksum=1C4D2904139D59DB1BCE96AD3AD8D8B3>
47. Osakidetzako profesionalei covid-19aren harira laguntza emozionala emateko programa. [Internet]. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/eu/covid/Apoyo_Emocional/Orriak/default.aspx
48. Cleopas A, Kolly V, Bovier PA, Garnerin P, Perneger TV. *Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients.* Qual Saf Health Care. 2004 Oct;13(5):344-8.
49. ECRI Institute. *Patient Safety Organization's Deep Dive: Patient Identification.* Plymouth Meeting, PA, USA. 2016.
50. Osasun Ministerioa. *Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Incidentes de seguridad notificados en 2019.* [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SINAPS2019accesible.pdf>

51. Osasunaren Mundu Erakundea. *Nueve soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños*. 2007. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
52. Osakidetza. *Osakidetzaren erronkak eta proiektu estrategikoak 2017-2020*. Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa. 2017ko abendua. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/eu_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_EUS.pdf
53. Epstein RM, Street RL Jr. *Patient-centered care for the 21st century: Physicians' roles, health systems and patients' preferences*. Philadelphia, PA: American Board of Internal Medicine Foundation. 2008.
54. Hibbard JH, Greene J. *What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs*. Health Aff (Millwood). 2013 Feb;32(2):207-14.
55. Coulter A, Ellins J. *Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients*. BMJ. 2007 Jul 7;335(7609):24-7
56. Longtin Y, Sax H, Leape LL et al. *Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety*. Mayo Clin Proc. 2010 Jan;85(1):53-62
57. Ruiz-Arazola A, Perestelo-Pérez L. *Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012*. Gac Sanit. 2012 Mar;26 Suppl 1:158-61.
58. Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ et al. *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*. AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>
59. Osasunaren Mundu Erakundea. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: WHO, 2021. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
60. Gandhi TK, Kaplan GS, Leape L, Berwick DM, Edgman-Levitan S, Edmondson A, Meyer GS, Michaels D, Morath JM, Vincent C, Wachter R. *Transforming concepts in patient safety: a progress report*. BMJ Qual Saf. 2018 Dec;27(12):1019-1026.
61. Weller J, Boyd M, Cumin D. *Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare*. Postgrad Med J. 2014 Mar;90(1061):149-54.

62. The National Patient Safety Foundation's. Lucian Leape Institute. *Safety is personal: partnering with patients and families for the safest care*. 2014. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: http://ww1.prweb.com/prfiles/2014/03/14/11672540/Safety_Is_Personal.pdf
63. Calvo F, Costa A, Garcia-Conde J, Megía MJ. *Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial*. Rev Esp Salud Publica. 2011 Oct;85(5):459-68.
64. Canadian Patient Safety Institute. *Engaging Patients in Patient Safety – a Canadian Guide*. 2019. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: www.patientsafetyinstitute.ca/engagingpatients
65. Eusko Jaurlaritza. *Euskadiko Demokraziari eta Herritarren Parte-hartzeari buruzko Liburu Zuria*. Vitoria-Gasteiz, 2014. Eskuragarri: https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/5631/Libro_Blanco_DyPC_Un_punto_de_partida_eu.pdf?1418978019
66. San José B, Serrano L, López LR *et al*. *Conciliación de la medicación al ingreso: resultados e identificación de pacientes diana*. Rev Calid Asist. 2016 Jun;31 Suppl 1:36-44.
67. ECRI Institute. *Medication Reconciliation Guidance*. Plymouth Meeting, PA, USA. 2015.
68. Kwan JL, Lo L, Sampson M *et al*. *Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review*. Ann Intern Med. 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):397-403.
69. Medikamentuen Erabilera Segururako Institutua. *Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación*. 2021;50(2). [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2050%20%28Febrero%202021%29.pdf>
70. Osasun, Kontsumo eta Gizarte Ongizate Ministerioa. *Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos*. Madril, 2019. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2019/docs/Practicas-seguras-conciliacion-4-11-2019.pdf>
71. Georgia K, Kinney K, Pace A *et al*. *Ensuring medication reconciliation*. Patient Safety & Quality Research. November 2017. [Internet]. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.psqh.com/analysis/ensuring-medication-reconciliation/>
72. National Quality Forum. *Patient Safety Project 2015-2017*. [Internet]. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.qualityforum.org/ProjectDescription.aspx?projectID=77836>

73. The Joint Commission. *National Patient Safety Goals Effective January 2021 for the Hospital Program*. [Internet]. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/npsg_chapter_hap_jan2021.pdf
74. Osasunaren Mundu Erakundea. *Medication Safety in Transitions of Care*. Geneva. 2019. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>
75. Lalonde L, Lampron AM, Vanler MC *et al*. *Effectiveness of a medication discharge plan for transitions of care from hospital to outpatient settings*. Am J Health Syst Pharm. 2008;65:1451-7.
76. Medikamentuei buruz Informatzeko Euskal Zentroa. Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa. *Conciliación de la medicación*. 2013;21(10). [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf
77. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S *et al*. *Hospital-Based Medication Reconciliation Practices. A Systematic Review*. Arch Intern Med. 2012 Jul 23;172(14):1057-69.
78. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. *Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis*. BMJ Open. 2016 Feb 23;6(2):e010003.
79. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. *Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis*. J Clin Pharm Ther. 2016 Apr;41(2):128-44.
80. Ensing HT, Stuijt CC, van den Bemt BJ, van Dooren AA, Karapinar-Çarkit F, Koster ES, Bouvy ML. *Identifying the Optimal Role for Pharmacists in Care Transitions: A Systematic Review*. J Manag Care Spec Pharm. 2015 Aug;21(8):614-36.
81. Geurts MM, Talsma J, Brouwers JR, de Gier JJ. *Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review*. Br J Clin Pharmacol. 2012 Jul;74(1):16-33.
82. 2013/59/Euratom Zuzentaraua, Europako Kontseiluarena, 2013ko abenduaren 5ekoa, erradiazio ionizatzaileekiko esposizioaren ondoriozko arriskuetatik babesteko oinarritzko segurtasun-arauak ezartzen dituen eta 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom y 2003/122/Euratom zuzentarauak indargabetzen dituen. Europar Batasunaren Aldizkari Ofiziala. Eskuragarri: <https://www.boe.es/doue/2014/013/L00001-00073.pdf>

83. 1976/1999 Errege Dekretua, abenduaren 23koa, erradiodiagnostikoan kalitate-irizpideak ezartzen dituena. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 311. zenbakia (1999ko abenduaren 29koa). Eskuragarri: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-24717>
84. 783/2001 Errege Dekretua, uztailaren 6koa, Erradiazio Ionizatzaileen kontrako Osasun-babesari buruzko Erregelamendua onartzen duena. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 178. zenbakia (2001eko uztailaren 26koa). Eskuragarri: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-14555>
85. 1439/2010 Errege Dekretua, azaroaren 5koa, Erradiazio Ionizatzaileen kontrako Osasun-babesari buruzko Erregelamendua, uztailaren 6ko 783/2001 Errege Dekretuaren bidez onartua. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 279. zenbakia (2010eko azaroaren 18koa). Eskuragarri: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-17709>
86. 815/2001 Errege Dekretua, uztailaren 13koa, esposizio medikoetan pertsonen babes erradiologikoa emateko, erradiazio ionizatzaileak erabiltzea justifikatzeari buruzkoa. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 168. zenbakia (2001eko uztailaren 14koa). Eskuragarri: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/07/14/pdfs/A25591-25594.pdf>
87. 601/2019 Errege Dekretua, urriaren 18koa, esposizio medikoetan pertsonen babes erradiologikoa emateko, erradiazio ionizatzaileak erabiltzea justifikatzeari eta optimizatzeari buruzkoa. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 262. zenbakia (2019ko urriaren 31koa). Eskuragarri: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2019/10/18/601>
88. Vesga MA, Azkárate M. *Information systems for a blood transfusion regional network*. Special Issue: Congress Issue: Congress Reviews of the 36th International Congress of the International Society of Blood Transfusion, Virtual Congress. International Society of Blood Transfusion Science Series. 2021;16 (3);231-238. [Kontsulta: 2022ko otsaila]. Eskuragarri: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/voxs.12630>
89. 1088/2005 Errege Dekretua, irailaren 16koa, hemodonaziorako eskakizun teknikoak eta gutxieneko baldintzak ezartzen dituena, bai eta transfusio-zentro eta -zerbitzuenak ere. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 225. zenbakia (2005eko irailaren 20koa). Eskuragarri: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-15514>
90. SCO/322/2007 Agindua, otsailaren 9koa, odoleko eta odol-osagaietako erreakzio eta kontrako ondorio larrien trazabilitaterako eta jakinarazpenerako baldintzak ezartzen dituena. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 42. zenbakia (2007ko otsailaren 17koa). Eskuragarri: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-3383>

91. 1343/2007 Errege Dekretua, urriaren 11koa, transfusio-zentro eta -zerbitzuen kalitate-sistemari dagozkion arauak eta zehaztapenak ezartzen dituen. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 262. zenbakia (2007ko azaroaren 1ekoa). Eskuragarri: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-18918>
92. 1301/2006 Errege Dekretua, azaroaren 10ekoa, giza zelula eta ehunak emateko, eskuratzeko, ebaluatzeko, prozesatzeko, kontserbatzeko, gordetzeko eta banatzeko kalitate- eta segurtasun-arauak xedatzen dituen, eta zelula eta ehun horiek gizakietan erabiltzeko koordinazio- eta funtzionamendu-arauak onartzen dituen. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 270. zenbakia (2006ko azaroaren 11koa). Eskuragarri: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-19625>
93. 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. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/congresos/JornadaUsoOptimoComponentesSanguineos/docs/Manual_Uso_Optimos.pdf
94. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Informe de Hemovigilancia año 2011*. Hemozaintza Unitatea. Hemoterapiako Arloa, 2012ko abendua. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/hemovigilancia/docs/Informe2011.pdf>
95. Friedman ND, Kaye KS, Stout JE *et al.* *Health care-associated bloodstream infections in adults: a reason to change the accepted definition of community-acquired infections*. *Ann Intern Med*. 2002 Nov 19;137(10):791-7.
96. Osasunaren Mundu Erakundea. *Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica*. 2. ed. G. Ducel, J. Fabry eta L. Nicolle (zuzentzaileak). 2003. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67877/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
97. Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia (AEMPS). Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Plan Nacional frente a la resistencia a los Antibióticos 2019-2021*. Antibiotikoekiko Erresistentziari buruzko Plan Nazionala (PRAN). AEMPS 2019. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: https://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/field/files/pran_2019-2021_0.pdf?file=1&type=node&id=497&force=0
98. Suetens C, Latour K, Kärki T *et al.* The Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. *Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017*. *Euro Surveill*. 2018 Nov;23(46):1800516.

99. *Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017*. Infografia. [Kontsulta: 2021eko apirila]. Eskuragarri: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-healthcare-associated-infections-threat-patient-safety-europe>
100. Epidemiologiako Zentro Nazionala (CNE). Carlos III.a Osasun Institutua (ISCIII). *Informe de vigilancia 2018-2019. Encuesta de prevalencia de las IRAS y uso de antimicrobianos en los hospitales de España*. Asistentzia Sanitarioari lotutako Infekzioen Zaintza Unitatea. Madril. 2021. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/Infecciones%20relacionadas%20con%20la%20Asistencia%20Sanitaria/EP-2018-2019%20NACIONAL_web.pdf
101. Haley RW, Quade D, Freeman HE *et al*. *The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design*. Am J Epidemiol. 1980 May;111(5):472-85.
102. Haley RW, Morgan WM, Culver DH *et al*. *Update from the SENIC project. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment*. Am J Infect Control. 1985 Jun;13(3):97-108.
103. Osasunaren Mundu Erakundea. Pazientearen Segurtasunerako Nazioarteko Aliantza. OMERen gidalerroak, arreta sanitarioan eskuen higiea zaintzeari buruzkoak (zirriborro aurreratua): Laburpena. *Unas manos limpias son manos más seguras*. 2005.
104. Osasunaren Mundu Erakundea. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Clean Care is Safer Care, First Global Patient Safety Challenge*. 2009. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
105. Europako Batzordea. Kontseiluak pazienteen segurtasunari buruz egindako gomendioak, zehazki, asistentzia sanitarioari lotutako infekzioen prebentzioari eta infekzio horiei aurre egiteari buruzkoak. Europar Batasunaren Aldizkari Ofiziala, 2009ko ekainaren 9koa (2009/C 151/01). [Internet]. Brusela: Europako Batzordea, 2011. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)
106. Centers for Disease Control and Prevention. Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance (TATFAR). [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.cdc.gov/drugresistance/tatfar/about.html>

107. *Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance. Recommendations for future collaboration between the U.S. and EU. Progress report.* May 2014. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/tatfar-progress_report_2014.pdf
108. 2011ko maiatzaren 12ko Ebazpena, Europako Parlamentuarena, antibioetikoekiko erresistentziari buruzkoa. Europar Batasunaren Aldizkari Ofiziala (2012/C 377 E/17). [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011IP0238&from=ES>
109. Europako Batzordea. *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Plan de acción contra la amenaza creciente de las resistencias bacterianas.* Brusela. 2021eko azaroa. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0748&from=PT>
110. 1082/2013/UE Erabakia, 2013ko urriaren 22koa, Europako Parlamentuarena eta Kontseiluarena, mugaz gaindiko osasunerako arrisku larriari buruzkoa eta 2119/98/EE Erabakia indargabetzen duena. Europar Batasunaren Aldizkari Ofiziala. L 293/1. 2013ko azaroaren 5a.
111. Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia (AEMPS). Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos.* Antibiotikoekiko Erresistentziari buruzko Plan Nazionala (PRAN). AEMPS 2014. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf>
112. Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia (AEMPS). Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Plan Nacional frente a la resistencia a los Antibióticos 2019-2021.* Antibiotikoekiko Erresistentziari buruzko Plan Nazionala (PRAN). AEMPS 2019. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: https://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/field/files/pran_2019-2021_0.pdf?file=1&type=node&id=497&force=0
113. Eusko Jaurlaritzza. Osasun eta Kontsumo Saila. *Política de salud para Euskadi, 2000 / Euskadirako osasun politika, 2000.*
114. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritzza, INOZ Batzordea. *Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua.* 1994.
115. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritzza, INOZ Batzordea. *I eranskina, Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua.* 1997.
116. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritzza, INOZ Batzordea. *Infekzio nosokomialaren liburu zuria.* 1997.

117. Osakidetza. *Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana (INZPKP). Ospitale Akutuak*. 1999.
118. Osakidetza, Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza, INOZ Batzordea. *Profesional Sanitarioentzako Eskuen Higienerako Gida*. 2009. Eskuragarri: https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/higiene_manos_guia_eu.pdf
119. UpToDate. Fekete T. *Catheter-associated urinary tract infection in adults*. [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: https://www.uptodate.com/contents/catheter-associated-urinary-tract-infection-in-adults?search=catheter%20associated%20urinary%20tractinfection%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
120. Prebentzio Medikuntza, Osasun Publiko eta Higieneko Espainiako Elkartea. *Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España EPINE-EPPS n.º 30: 2019*. Eskuragarri: <https://epine.es/api/documento-publico/2019%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2027112019.pdf/reports-esp>
121. Informazio Sanitarioko Zuzendariordetza Nagusia. OSNko Osasun Digitaleko, Informazioko eta Berrikuntzako Idazkaritza Nagusia. *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2019*. [Internet]. Madril: Osasun Ministerioa, 2021. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2019/INFORME_SIAE_2019.pdf
122. Osasunaren Mundu Erakundea. Pazientearen Segurtasunerako Nazioarteko Aliantza. Pazientearen segurtasunaren aldeko bigarren mundu-erronka. *Kirurgia segurua bizitzak salbatzen ditu*. 2008.
123. Osasunaren Mundu Erakundea. *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. 2016. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250680/1/9789241549882-eng.pdf?ua=1>
124. Prebentzio Medikuntza, Osasun Publiko eta Higieneko Espainiako Elkartea. *Infección Quirúrgica Zero proiektua*. [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <http://infeccionquirurgicazero.es/es/documentos-y-materiales/protocolos-de-trabajo>
125. Rodríguez Baño J, Paño Pardo JR, Álvarez Rocha L *et al*. *Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: documento de consenso GEIH-SEIMC, SEFH y SEMPSPH*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 2012;30(1):22.e1-22.e23.
126. MacDougall C, Polk RE. *Antimicrobial stewardship programs in health care systems*. *Clin Microbiol Rev*. 2005 Oct;18(4):638-56

127. Zaragoza R, Ramírez P, López-Pueyo MJ. *Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014 May;32(5):320-7.
128. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S *et al*. *An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU*. *N Engl J Med*. 2006 Dec 28;355(26):2725-32.
129. Palomar M, Alvarez F, Riera MA *et al*. *Bacteriemia Zero azterlan pilotuaren lantaldea. Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto*. *Med Intensiva*. 2010 Dec;34(9):581-9.
130. Palomar M, Álvarez F, Riera A *et al*. *Bacteremia Zero Working Group. Impact of a national multimodal intervention to prevent catheter-related bloodstream infection in the ICU: the Spanish experience*. *Crit Care Med*. 2013 Oct;41(10):2364-72.
131. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Neumonía Zero proiektua*. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/colaboracionSSCC/semicyuc/neumoniaZero.htm>
132. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Resistencia Zero proiektua*. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicaseguras/seguridadPacienteCritico/resistenciaZero.htm>
133. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *ITU-Zero proiektua*. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicaseguras/seguridadPacienteCritico/ituZero.htm>
134. Aranaz-Andrés JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, *et al*. *ENEAS lantaldea. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles*. *Cir Esp*. 2007 Nov;82(5):268-77.
135. ECRI Institute. *Patient Safety Organization's Deep Dive: Strategies for surgical patient safety*. 2020. [2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.ecri.org/landing-deep-dive-strategies-surgical-patient-safety-2020>
136. Jammer T, Ahmad C, Aldecoa D *et al*. European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group. *Point prevalence of surgical checklist use in Europe: relationship with hospital mortality*. *Br J Anaesth*. 2015 May;114(5):801-7.
137. Russ S, Rout S, Sevdalis N *et al*. *Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review*. *Ann Surg*. 2013 Dec;258(6):856-71.
138. Aibar L, Rabanaque MJ, Aibar C, Aranaz JM, Mozas J. *Patient safety and adverse events related with obstetric care*. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291: 825-830.

139. Madrilgo Osasun Zerbitzua. *Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020*. Madrilgo Erkidegoa. Madrilgo Osasun Zerbitzua. Madril; 2015.
140. Corcoran P, Manning E, Meaney S *et al*. *The incidence and cause of perinatal mortality and severe maternal morbidity in Ireland: findings from two national clinical audits*. J Epidemiol Community Health 2014;68.
141. Esscher A, Binder-Finnema P, Bødker B *et al*. *Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model*. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Apr 12;14:141.
142. Martinez Perez, Salvador López R, Álvarez Bartolomé *et al*. *Manual de asistencia a la distocia de hombros*. Arán argitaletxea. Madril, 2019.
143. UpToDate. Belfort MA. *Overview of postpartum hemorrhage*. [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hemorragic%20posparto&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
144. 147/2015 Dekretua, uztailaren 21ekoa, Euskadiko osasun-sisteman pertsonen Eskubideei eta Betebeharrei buruzko Adierazpena onartzen duena. 8. artikulua. Haurrei eta nerabeei lotutako osasun-laguntza espezifikoa. Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria, 146. zenbakia (2015eko abuztuaren 4a). Eskuragarri: <https://www.legegunea.euskadi.eus/eu/eli/-/eli/es-pv/d/2015/07/21/147/dof/eus/html/>
145. Chanovas Borrás M, Campodarve I, Tomas Vecina S. *Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente?* Monografías Emergencias 2007;3:7-13.
146. Campbell SG, Croskerry P, Bond WF. *Profiles in Patient Safety: A "Perfect Storm" in the Emergency Department*. Acad Emerg Med. 2007 Aug;14(8):743-9.
147. Vincent CA, Wears RL. *Communication in the emergency department: separating the signal from the noise*. Med J Aust. 2002 May 6;176(9):409-10.
148. Cheung DS, Kelly JJ, Beach C *et al*. *Improving handoffs in the emergency department*. Ann Emerg Med. 2010 Feb;55(2):171-80.
149. Hendrie J, Sammartino L, Silvapulle MJ, Braitberg G. *Experience in adverse events detection in an emergency department: nature of events*. Emerg Med Australas. 2007 Feb;19(1):9-15.
150. Forster AJ, Rose NG, van Walraven C, Stiell I. *Adverse events following an emergency department visit*. Qual Saf Health Care. 2007 Feb;16(1):17-22.

151. Calder LA, Forster A, Nelson M, Leclair J, Perry J, Vaillancourt C, Hebert G, Cwinn A, Wells G, Stiell I. *Adverse events among patients registered in high-acuity areas of the emergency department: a prospective cohort study*. CJEM. 2010 Sep;12(5):421-30.
152. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, eta EVADUR-SEMES lantaldea. *EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles*. Emergencias 2010;22:415-28.
153. Martínez JA, Linares ML, Soler MA *et al*. *Eventos adversos en los servicios de Urgencias. Revisión de reconsultas como fuente de datos*. Rev Calid Asist. 2010 May-Jun;25(3):129-35.
154. Alcaraz-Martínez J, Aranaz-Andrés JM, Martínez-Ros C *et al*. *ERIDA lantaldea. Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención (ERIDA) en Urgencias*. Rev Calid Asist. 2016 Sep-Oct;31(5):285-92.
155. De la Encina, MEC. Armenis, D. *Seguridad clínica en los servicios de emergencias prehospitalarios*. Elsevier, 2019.
156. Casal Angulo C, Quintillá Martínez JM, Espinosa Ramírez S. *Clinical simulations and safety in emergencies: Emergency Crisis Resource Management (E-CRM)*. Emergencias. 2020 Apr;32(2):135-137.
157. Bigham BL, Buick JE, Brooks SC *et al*. *Patient Safety in Emergency Services: a systematic review of the literature*. Prehosp Emerg Care. 2012;16:20-35.
158. Bigham BL, Morrison LJ, Maher J *et al*. *Patient Safety in Emergency Medical Services. Advancing and Aligning the Culture of Patient Safety in EMS*. Canada: The Canadian Patient Safety Institute; 2011. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS/Documents/Patient%20Safety%20in%20EMS%20Full%20Report.pdf>
159. Galván Núñez P, Santander Barrios MD, Villa Álvarez MC *et al*. *Resultados de la instauración provisional de un sistema voluntario y anónimo de notificación de incidentes en seguridad del paciente en el SAMU de Asturias*. Emergencias. 2016 Jun;28(3):146-152.
160. Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Sarabia Lavin R, Paras Bravo P, Soldevilla Ágreda JJ, García Fernández FP. *Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente*. Gerokomos 2016;27(4):161-167.
161. Shuman C, Liu J, Montie M, Galinato JG, Todd MA, Hegstad M *et al*. *Patient perceptions and experiences with falls during hospitalization and after discharge*. Appl Nurs Res 2016;31:79-85.
162. *Eroriko Ez*. Ospitalizatutako pazienteen erorikoak hobeto kudeatzeko ekimena. Osasun publikoko eta pazientearen segurtasuneko programen koordinazioa. Osakidetza. [Internet].

- Eskuragarri: https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/Documentos%20euskerara/2021_Estrategia_ErorikoEz_eu.pdf
163. PEU-UPP Adi! Osakidetzako zerbitzu-erakundeetan presioak eragindako ultzeren kudeaketan aurrera egiteko ekimena. Osakidetza. [Internet]. Eskuragarri: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/PEU-UPP%20Adi!%20-%202014.pdf>
164. Elliott R, Camacho E, Campbell F *et al.* *Prevalence and Economic Burden of Medication Errors in The NHS in England. Rapid evidence synthesis and economic analysis of the prevalence and burden of medication error in the UK.* Policy Research Unit in Economic Evaluation of Health and Care Interventions. Universities of Sheffield and York. 2018.
165. Elliott RA, Camacho E, Jankovic D, Sculpher MJ, Faria R. *Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England.* BMJ Qual Saf. 2021 Feb;30(2):96-105.
166. Osasunaren Mundu Erakundea. *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.* Geneva. 2017. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>
167. Osasunaren Mundu Erakundea. *Medication Safety in High-risk Situations.* Geneva. 2019. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-high-risk-situations>
168. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, *et al.* *High-alert medications: safeguarding against errors.* In Cohen MR, editor. Medication Errors. Washington D. C. The American Pharmacist Association; 2007. pp. 317–412.
169. Cohen MR, Proulx SM, Crawford SY. *Survey of hospital systems and common serious medication errors.* J Healthc Risk Manag. 1998 Winter;18(1):16-27.
170. Medikamentuen Erabilera Segururako Institutua. *Lista de medicamentos de alto riesgo.* ISMP-España. 2012ko iraila. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo%202012.pdf>
171. Medikamentuen Erabilera Segururako Institutua. *Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.* Madril: Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2007. <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2007/docs/PracticasSegurasMedicamentosAltoRiesgo.pdf>

172. *Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Versión española II (2018). Adaptación del ISMP-Medication Safety Self-Assessment® for Hospitals, por el ISMP-España.* Ed. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2018/docs/cuestionario-de-autoevaluacion.pdf>
173. Otero MJ, Aquerreta I, Bodí MA *et al.* *Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva.* 2019. Ed. Medikamentuen Erabilera Segururako Institutua (ISMP-España). Eskuragarri: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2019/docs/CuestionarioSMI.pdf>
174. M.J. Otero, Merino de Cos I. Aquerreta González *et al.* *Evaluación de la implantación de prácticas seguras con los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva.* Med Intensiva 2021.
175. Cederholm A, Barazzoni R, Austin P *et al.* *ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition.* Clin Nutr. 2017 Feb;36(1):49-64.
176. Kruizenga H, Beijer S, Huisman-de Waal G *et al.* *Guideline on malnutrition. Recognising, diagnosing and treating malnutrition in adults.* Dutch Malnutrition Steering Group. 2017ko abuztua. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <http://www.fightmalnutrition.eu/wp-content/uploads/2017/09/Guideline-malnutrition-DMSG-2017.pdf>
177. Europako Kontseilua. ResAP(2003)3 Ebazpena, ospitaleetako elikadurari eta nutrizio-arretari buruzkoa, Ministroen Batzordearena (2003ko azaroaren 12a). [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://rm.coe.int/09000016805de855>
178. Europar Komunitateen Batzordea. *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013.* Brusela, 23.10.2007 COM (2007) 630 final. Eskuragarri: <https://joinup.ec.europa.eu/sites/default/files/document/2014-12/medial766.pdf>
179. Ljungqvist O, Man Fd. *Under nutrition: a major health problem in Europe.* Nutr Hosp. 2009 May-Jun;24(3):369-70.
180. Hernando A, Sarasqueta C, Ripa C *et al.* *Validación de un método de detección precoz de la desnutrición hospitalaria.* Ikerkuntza Komisionatua. Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Vitoria-Gasteiz. 2012. Txosten-zk.: Osteba D-12-05. [Kontsulta: 2022ko martxoa]. Eskuragarri: <https://www.euskadi.eus/eusko-jaurlaritza/-/liburua/validacion-de-un-metodo-de-deteccion-precoz-de-la-desnutricion-hospitalaria/>
181. Martín Palmero Á, Serrano Pérez A, Chinchetru Ranedo MJ *et al.* *Malnutrition in hospitalized patients: results from La Rioja.* Nutr Hosp. 2017 Mar 30;34(2):402-406.

182. Rinninella E, Cintoni M, De Lorenzo A *et al*. *Risk, prevalence, and impact of hospital malnutrition in a Tertiary Care Referral University Hospital: a cross-sectional study*. Intern Emerg Med. 2018 Aug;13(5):689-697.
183. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M *et al* on behalf of the PREDyCES researchers. *Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study*. Nutr Hosp. 2012 Jul-Aug;27(4):1049-59.
184. van Vliet IMY, Gomes-Neto AW, de Jong MFC, Jager-Wittenaar H, Navis GJ. *High prevalence of malnutrition both on hospital admission and discharge*. Nutrition. 2020 Sep;77:110814.
185. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Lindorff K, Jørgensen LM, Jakobsen J, Kristensen H, Wengler A. *A method for implementation of nutritional therapy in hospitals*. Clin Nutr. 2006 Jun;25(3):515-23.
186. Dutch Malnutrition Steering Group. [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.fightmalnutrition.eu/>
187. BAPEN: malnutrition and nutritional Care in the UK. [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.bapen.org.uk/>
188. Rasmussen H.H, Kondrup J, Staun M *et al*. *A method for implementation of nutritional therapy in hospitals*. Clinical Nutrition (2006) 25, 515–523.
189. *Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España*. Nutrizio Parenteral eta Enteralaren Espainiako Elkarte. Koordinatzaileak: Álvarez Hernández J, Burgos Peláez R, Planas Vilá M.artzelona: Editorial Glosa SL, 2011. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: https://www.senpe.com/documentacion/consenso/SENPE_Consenso_Multidisciplinar_Abordaje_Desnutricion_ESP.pdf
190. Osakidetza. Gorlizko Ospitalea. Manual de criterios de nutrición. 2014ko otsaila.
191. Camiruaga I. "Balorazio eta zainketa nutrizionalak", *in Presio-ultzerak prebenitzeko eta zaintzeko jarduera-gida*. Coordina Blanco RM, López E y Quedasa C. Ed. Osakidetza. 2017ko urria. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/erizaintza/upp_eu.pdf
192. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD *et al*. GLIM Core Leadership Committee, *GLIM Working Group*. *GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community*. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2019 Feb;10(1):207-217.
193. van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guaitoli PR, Jansma EP, de Vet HC. *Nutrition screening tools: does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting*. Clin Nutr. 2014 Feb;33(1):39-58.

194. Cereda E, Pedrolli C, Klersy C *et al.* *Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®.* Clin Nutr. 2016 Dec;35(6):1282-1290.
195. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M *et al.* Standardisation Steering Committee ICS and the ICS Working Group on Terminology for Male Lower Urinary Tract & Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. *The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction.* Neurourol Urodyn. 2019 Feb;38(2):433-477.
196. Milsom I, Gyhagen M. *The prevalence of urinary incontinence.* Climacteric. 2019 Jun;22(3):217-222.
197. Inkontinentziaren Behatoki Nazionala. Informe ONI. *Percepción del Paciente con Incontinencia Urinaria.* 2009. [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepcion_Paciente_IU.pdf
198. Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermudez F *et al.* *Prevalencia de la incontinencia urinaria en España.* Urod A 2010;23(1):52-66.
199. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. *Prevalence of urinary incontinence and its relation with sedentarism in Spain.* Actas Urol Esp. 2017 Dec;41(10):624-630.
200. García-González FJ, Salinas Casado J, Madurga Patuel B *et al.* *Guía de atención a personas con incontinencia urinaria.* Ed. Urologiako Espainiako Elkarteak. 2020ko urtarrila. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/67-guias-clinicas/908-guia-de-atencion-a-personas-con-incontinencia-urinaria>
201. Abrams, P, Cardozo, L, Wagg, A, Wein, A. (Eds). *Incontinence 6th Edition* (2017). ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK.
202. Pancorbo PL, García FP. *Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados.* Gerokomos 2001;12(4):175-84.
203. *Guía farmacogeriátrica incontinencia.* Koord. Capilla E. Editorea: Madrilgo Osasun Zerbitzua. Madrilgo Erkidegoko Osasun Saila. Gizarte Arretarako Madrilgo Agentzia. Gizarte Politika eta Familia Kontseilaritza. 2018. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020224.pdf>
204. Bitencourt GR, Alves LAF, Santana RF. *Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study.* Rev Bras Enferm. 2018 Mar-Apr;71(2):343-349.

205. Zisberg A. *Incontinence brief use in acute hospitalized patients with no prior incontinence*. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011 Sep-Oct;38(5):559-64.
206. Colborne M eta Dahlke S. *Nursing management of incontinence care in acute and long-term care settings*. International Journal of Nursing Student Scholarship (IJNSS). 4. bolumena, 2017. 21. artikulua. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/ijnss/article/view/56835>
207. Sacco E, Bientinesi R, Gandi C *et al*. *Objectively improving appropriateness of absorbent products provision to patients with urinary incontinence: The DIAPPER study*. Neurourol Urodyn. 2018 Jan;37(1):485-495.
208. Palese A, Regattin L, Venuti F, Innocenti A, Benaglio C, Cunico L, Saiani L. *Incontinence pad use in patients admitted to medical wards: an Italian multicenter prospective cohort study*. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007 Nov-Dec;34(6):649-54.
209. Fernandez-Lasquetty B, Lorente G, Tenías JM *et al*. *Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital*. Enferm Clin. 2015;25(4):198-203.
210. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. *Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization*. J Am Med Dir Assoc. 2015 Aug 1;16(8):674-81.
211. Palmer MH, Baumgarten M, Langenberg P, Carson JL. *Risk factors for hospital-acquired incontinence in elderly female hip fracture patients*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Oct;57(10):M672-7.
212. Zisberg A, Sinoff G, Gur-Yaish N *et al*. *In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older*. J Am Geriatr Soc. 2011 Jun;59(6):1099-104.
213. Furlanetto K, Emond K. *Will I come home incontinent? A retrospective file review: Incidence of development of incontinence and correlation with length of stay in acute settings for people with dementia or cognitive impairment aged 65 years and over*. Collegian. 2016;23(1):79-86.
214. Junqueira JB, Santos VLCG. *Urinary incontinence in hospital patients: prevalence and associated factors*. Rev Lat Am Enfermagem. 2018 Jan 8;25:e2970.
215. Osasun Saila. Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategia. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritzako Gobernua Vasco, 2019, 115 or. Eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_122_eprevenzion_suici/eu_def/adjuntos/euskadin-suizidioa-prebenitzeko-estrategia_eu.pdf

216. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. *Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review*. Am J Psychiatry. 2021 Jul;178(7):611-624.
217. Osasunaren Mundu Erakundea. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO, 2014. 92 p.3. Eskuragarri: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
218. Ridani, R. *et al. An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning, and monitoring*. Sydney: Black Dog Institute. 2016. Eskuragarri: <http://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/an-evidence-based-systems-approach-to-suicide-prevention.pdf?sfvrsn=0>
219. Kryszynska K, Batterham PJ, Tye M *et al. Best strategies for reducing the suicide rate in Australia*. Aust N Z J Psychiatry. 2016 Feb;50(2):115-8.
220. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C *et al. Health care contacts in the year before suicide death*. J Gen Intern Med. 2014 Jun;29(6):870-7.
221. Ahmedani BK, Peterson EL, Hu Y *et al. Major Physical Health Conditions and Risk of Suicide*. Am J Prev Med. 2017 Sep;53(3):308-315.
222. Gabilondo A, Del Valle D, Montoya I *et al. Use of Health Services in the Months Prior to Suicide in a Country With Low Suicide Rates and Public Universal Access to Healthcare*. Arch Suicide Res. 2021 Aug 23:1-7.
223. Husky MM, Zablith I, Alvarez Fernandez V *et al. Factors associated with suicidal ideation disclosure: Results from a large population-based study*. J Affect Disord. 2016 Nov 15;205:36-43.
224. Hogan MF, Grumet JG. *Suicide Prevention: An Emerging Priority For Health Care*. Health Aff (Millwood). 2016 Jun 1;35(6):1084-90.
225. Mokkenstorm JK, Kerkhof AJFM, Smit JH, Beekman ATF. *Is It Rational to Pursue Zero Suicides Among Patients in Health Care? Suicide Life Threat Behav*. 2018 Dec;48(6):745-54.
226. National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group. *Recommended standard care for people with suicide risk: making health care suicide safe*. Washington D. C.: Education Development Center, Inc; 2018. 23 p.10. Eskuragarri: https://theactionalliance.org/sites/default/files/action_alliance_recommended_standard_care_final.pdf
227. *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention*. US Department of Health & Human Services (US), 2012.

228. The Joint Commission. *Suicide Prevention Portal*. [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/suicide-prevention/>
229. Education Development Center. (2020). *Zero Suicide*. [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <http://zerosuicide.edc.org/>
230. Kapur N, Ibrahim S, While D *et al*. *Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before-and-after study*. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jun;3(6):526-34.
231. *The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Making mental health care safer. Annual report and 20-year review*. Manchester: Manchesterreko Unibertsitatea, 2016. 108 p.12.
Eskuragarri: <https://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=37580>
232. Depresioaren aurkako Europako Aliantza. [Internet]. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <http://www.eaad.net/home>
233. Catchpole K. *Spreading human factors expertise in healthcare: untangling the knots in people and systems*. *BMJ Qual Saf*. 2013 Oct;22(10):793-7.
234. *Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures*. Working Group of WHO Patient Safety. 2009. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf
235. Gurses AP, Ozok AA, Pronovost PJ. *Time to accelerate integration of human factors and ergonomics in patient safety*. *BMJ Qual Saf*. 2012 Apr;21(4):347-51.
236. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT *et al*. *Work system design for patient safety: the SEIPS model*. *Qual Saf Health Care*. 2006 Dec;15 Suppl 1(Suppl 1):i50-8.
237. Osasunaren Mundu Erakundea. *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. 2011. [Kontsulta: 2021eko abendua]. Eskuragarri: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>

