

EUSKADIKO OSASUN PLANA **2002-2010**

2006ko txostena

Osasun Saila

AURKIBIDEA

Sarrera

2006ko Osasun emaitzak

- Bizi-itxaropena
- Hilkortasuna
- Erikortasuna
- Osasunarekin zerikusia duten bizimoduak
- Desberdintasun sozialak osasunean

2006ko jardueren laburpena

- Indibidualak
- Komunitarioak eta Sektore artekoak

2006ko lurralde interbentzioak

- Araba
- Bizkaia
- Gipuzkoa

2007an jarduteko lehentasunak

- Zerbitzu sanitarioak
- Sektore artekoak

SARRERA

Osasun Planaren urteroko txostenak, gure Autonomia Erkidegoko osasun-egoeran eguneratutako joerak erakutsi nahi ditu, bereziki hilkortasunean, ezintasunean eta bizikaltatean eragin handiagoa sorrarazteko lehenetsi diren arloetan.

Gure ustez, beharrezkoa da egoeraren gogoeta eta analisi sistematikoa egitea, ikuspegia zabaltzea eta azkenik, eguneroko jardueraren iragaiteak bere berehalakotasunagatik eta sektorean bertan lan egiteko joera naturalagatik baztertutako ikusmolde osoak berreskuratzea.

Urteko txostena, Osasun Plana aurrera eramatean inplikaturako agente anitzen artean, garatu behar diren jarduketak erabakitzeko oinarritzat erabiliko da.

Planean lehenetsi diren honako arlo bertikal hauen egoera aztertuko du: minbizia, gaixotasun kardiobaskularrak, diabetesa, osasun mentala eta istripuak. Horiez gain, tabakismoa, bizimoduak eta osasunean dauden desberdintasun sozialak bezalako zeharkako arloak aipatuko ditu.

Osakidetza/Euskal Osasun Zerbitzuan azaldutako estrategien eta jardueren informazioa jasoko du, euskal agente sanitarioa izaki, prestazio sanitarioen kalitatean zuzentasuna eta kohesioa lortzeko tresna, baita esku-hartze komunitarioak eta sektore artekoak lortzekoa ere.

Lurralde Historiko bakoitzak, egokitutako erantzunak eskatzen dituzten berezitasun geografikoak, demografikoak eta antolatzaileak dauzka. Egoera hori, koordinazio-lanaren bitartez, azkenean guzientzako onuragarriak diren ekimenak eta esperientziak sortzeko aukera bilaka daiteke.

Gure asmoa, erraz irakurtzen den dokumentu bat prestatzea da. Horretarako, oinarritzko adierazleak eta esku-hartzeak jaso nahi ditugu, zerrenda zehatzak saihestu eta intentzio orokorren aitopenen alde batera utzi.

Azpimarratu nahi dugu, osasuneko helburuak lortzeko partaidetza eta erantzukidetasun eraginkorrak garatzeko egoeraren hurbileko ezagutza behar duten agente eta arduradun askorekin lan egin behar dela. Dokumentu honek helburuak partekatzen eta ahaleginak koordinatzen laguntzea espero dugu.

Dokumentua egitean, erreferentziazko data gisa 2006ko abendua hartu dugu. Praktikan horrek adierazten du, aurkeztutako datuak kontsultatutako informazio-sistema desberdinetan data horretan zeuden daturik eguneratutakoenak direla.

<mailto:mgutierrezib@ej-gv.es>

<mailto:jxlano@ej-gv.es>

2006KO OSASUN EMAITZAK

BIZI-ITXAROPENA

Bizi-itxaropena jaiotzean hobetu egin da sexu bietan, 0,5 urteko gehikuntza gertatu baita, 2003. urteko datuekin alderatzen badugu.

Bizi-itxaropena 65 urterekin hobetu egin da, sexu bietan. Gizonezkoen kasuan Planean proposatutako helburua lortu da; emakumezkoak, berriz, helburua lortzeko tarte txikira geratu dira.

	2000ko egoera	2002	2003	2004	2010eko helburua	Iturria
Bizi-itxaropena jaiotzean, gizonezkoak	75,4 ³	76,7	76,8	77,3	76,8	Hilkortasun Erregistroa
Bizi-itxaropena jaiotzean, emakumezkoak	83 ³	84,0	83,9	84,4	84,3	Hilkortasun Erregistroa
Bizi-itxaropena 65 urterekin, gizonezkoak	16,1 ²	17,0	17,1	17,7	%10ean handiagotu	Hilkortasun Erregistroa
Bizi-itxaropena 65 urterekin, emakumezkoak	21,4 ²	22,0	21,7	22,3	%10ean handiagotu	Hilkortasun Erregistroa
Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena jaiotzean, gizonezkoak	65,1 ¹	67,6			67,3	EAEIO
Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena jaiotzean, emakumezkoak	71,3 ²	72,4			72,8	EAEIO

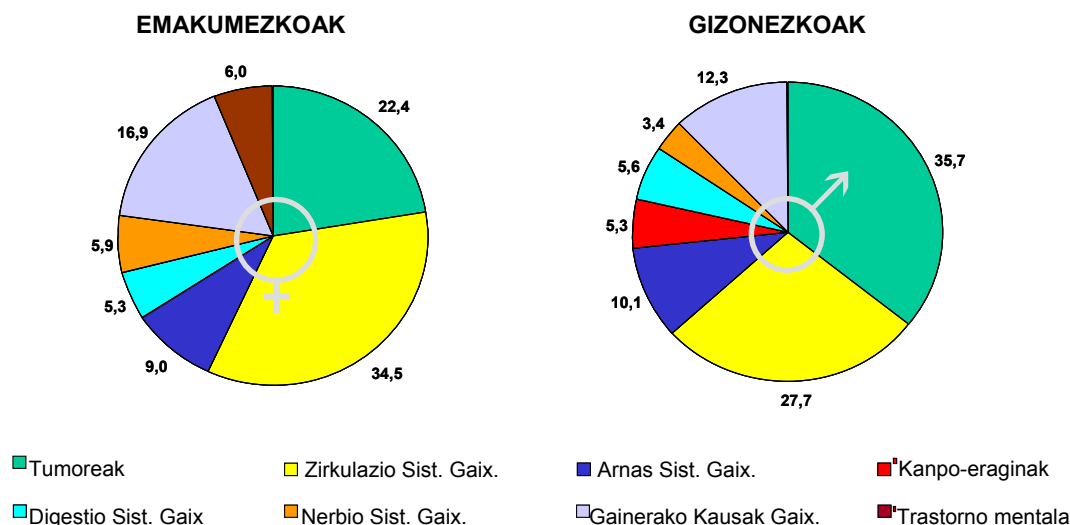
HILKORTASUNA

2004. urtean, zirkulazio-sistemako gaixotasunak heriotzaren lehenengo kausa gisa agertzen dira, sexu bietan, eta heriotza guztien %31 adierazten dute. Era berean, maiztasun-ordenaren arabera tumoreak (%29) eta arnas sistemako gaixotasunak (%10) datoz ondoren.

Sexuaren arabera, emakumezkoek lehenengo kausatzat zirkulazio-sistemako gaixotasunak (%35) azaltzen dituzte, eta ondoren tumoreak (%22) eta arnas gaixotasunak (%9) ageri dira.

Gizonezkoetan, lehenengo kausa tumoreak (%36) dira, eta horien atzetik zirkulazio-sistemako gaixotasunak (%28) eta arnas sistemakoak (%10) datoz.

EAEko biztanleriaren hilkortasunean eraginik handiena izan duten osasun-arazoak, Osasun Planean esku-hartzeko lehentasunezko arlo gisa bildu dira eta hurrengo irudian irudikatu dira:



Garaiz aurreko hilkortasuna

2004. urtean, honako hauek izan dira, sexu bietan, bizitzako urte potentzial gehien galtzea eragin duten heriotza-kausak: tumoreak (%41), istripuak (%20) eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak (%16). Atal honetan agertzen diren sexuen arteko desberdintasunak nabarmenak dira.

Sexu bietan bizitzako urte potentzialen galerarik handiena eragin duten kausak

Emakumezkoak

2002	
Kausa	Urte-kop.
Bularreko minbizia	2.120
Trafikoko istripuak	1.760
Biriketako minbizia	1.018
Suizidioak	973
Bestelako tumoreak	840

2003	
Kausa	Urte-kop.
Bularreko minbizia	1.948
Trafikoko istripuak	1.749
Biriketako minbizia	1.290
Gaix. zerebrobaskularra	820
HIESa	718

2004	
Kausa	Urte-kop.
Bularreko minbizia	2.060
Biriketako minbizia	1.420
Trafikoko istripuak	883
Suizidioak	853
Gaix. zerebrobaskularra	635

Gizonezkoak

2002	
Kausa	Urte-kop.
Trafikoko istripuak	5.034
Biriketako minbizia	4.288
Kardiopatia iskemikoa	3.988
Suizidioak	2.600
HIESa	1.948

2003	
Kausa	Urte-kop.
Trafikoko istripuak	5.170
Biriketako minbizia	4.523
Kardiopatia iskemikoa	4.036
Suizidioak	2.385
Gibeleko gaix.	2.213

2004	
Kausa	Urte-kop.
Biriketako minbizia	4.698
Trafikoko istripuak	3.772
Kardiopatia iskemikoa	3.395
Suizidioak	2.698
Gibeleko gaix.	1.905

Minbiziak eragindako hilkortasunaren eboluzioa

65 urtetik beherakoengan tumore gaiztoek eragindako hilkortasunak, erregistratutako azken hiru urteetan, joera irregularrari eusten dio.

Planean lehenetsitako kokapenei dagokienez, 2004. urtera artekoak diren honako datu hauek ditugu:

- 65 urtetik beherakoengan, biriketako minbiziak eragindako hilkortasunak gora egin du aurreko urteekin alderatzen badugu, bereziki, emakumezkoen kasuan.
- Bularreko minbiziak eragindako hilkortasunak behera egiten jarraitzen du, 2003an eta 2004an Osasun Planak 2010. urterako markatutako helburutik behera kokatzen baita.
- Kolon-ondesteak eragindako minbiziaren hilkortasunak joera aldakorra du, gizonezkoengan goranzko joera azaltzen du, baina emakumezkoen kasuan egonkorragoa da.
- Buru eta lepoko minbiziak eragindako hilkortasunak, gizonezkoetan, azken urteetan beheranzko joerari eusten dio eta ia bi puntutan hobetzen da, 2010. urterako markatutako helburua.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2010eko helburua	Iturria
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoak	115,9 ⁶	110,9	110,0	115,9	Beheranzko joerari ekitea	Hilkortasun Erregistroa
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoak	52,4 ⁶	55,8	51,9	52,7	%10ean gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Biriketako minbiziagatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoak	32,3 ⁶	30,2	31,0	34,4	Goranzko joera alderantzikatzea	Hilkortasun Erregistroa
Biriketako minbiziagatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoak	3,9 ⁶	5,6	6,3	8,1	Goranzko joera geldiaraztea	Hilkortasun Erregistroa
Bularreko minbiziagatiko hilkortasuna, emakumezkoak	22,3 ⁶	18,7	18,2	17,9	%17,5ean gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasuna, gizonezkoak	29,5 ⁶	30,8	33,9	31,9	Tasak egonkortzea	Hilkortasun Erregistroa
Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasuna, emakumezkoak	14,5 ⁶	14,6	13,6	14,2	Tasak egonkortzea	Hilkortasun Erregistroa
Buru eta lepoko minbiziagatiko hilkortasuna, gizonezkoak	22,6 ⁶	19,8	18,5	18,7	%10ean gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa

Gaixotasun kardiobaskularrek eragindako hilkortasunaren eboluzioa

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen hilkortasunaren eboluzioa oro har, eta bereziki gaixotasun kardio eta zerebrobaskularrena, positiboa da sexu bietan, batez ere 25 eta 74 urte bitartean kardiopatia iskemikoak eragindako hilkortasuna.

Hala ere, zirkulazio-aparatuko gaixotasunak 65 urtetik beherako gizonezkoengan eragindako hilkortasunaren kasuan, hasierako egoera hobetzen den arren, azken 3 urteetan joera negatiboa azaldu du.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2010eko helburua	Iturria
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoak	57,1 ⁶	47,9	49,0	52,6	%20an gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoak	16,1 ⁶	13,8	15,0	11,4	%20an gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Gaixotasun zerebrobaskularrek eragindako hilkortasuna, 75 urtetik beherako gizonezkoak	23,0 ⁶	21,3	17,1	19,7	%20an gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Gaixotasun. zerebrobaskularrek eragindako hilkortasuna, 85 urtetik beherako emakumezkoak	25,5 ⁶	21,0	20,2	17,0	%20an gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Kardiopatia iskemikoak eragindako hilkortasuna, gizonezkoak (25-74 urte)	83,1 ⁶	65,2	61,0	55,5	%15ean gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Kardiopatia iskemikoak eragindako hilkortasuna, emakumezkoak (25-74 urte)	17,2 ⁶	11,2	13,0	11,2	%15ean gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa

Istripuek eta kanpo-eraginek eragindako hilkortasuna

15etik 29 urtera bitarteko gazteetan, kanpo-eraginengatiko hilkortasunak beherakada esanguratsua izan du, 2010. urterako markatutako helburuaren behetik 100.000 biztanleko 21,5eko tasa lortu baitu.

Trafikoko istripuek eragindako hilkortasunak eboluzio ona izan du, 2004. urteko emaitzek 2010erako proposatutako helburua hobetzen baitute.

Gure Autonomia Erkidegoan, lan-istripuek eragindako hilkortasunak eta gaixotasun profesionalaren intzidentziak planteatutako helburutik urrun egoten jarraitzen dute. Zehazki, 2005. urtean, 62 istripu hilgarri gertatu ziren, 2004. urtean baino 10 gehiago.

Etxean, aisian eta kirolean gertatutako istripuengatik erikortasunaren daturik eguneratutakoenak, 2002ko EAE OItik ateratakoak dira. Horien emaitzen artean zera aurkitu dugu: inkestatutakoen milako 17ak etxean istripu bat izan zuela aitortu zuen eta milatik 10ek kirol-istripu bat izan zuten.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2010eko helburua	Iturria
Trafikoko istripuengatik hilkortasuna	12,9 ⁶	11,5	11,4	8,5	%20an gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Lan-istripuengatik hilkortasuna	14 ⁷		9,6	7,3	%40an gutxitzea	OSALAN- Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea
Etxe-, aisia- eta kirol-istripuengatik erikortasuna	5% ⁸				%20an gutxitzea	EAE OI
Gaixotasun profesionalaren intzidentzia	2,3 ¹⁶		4,3	3,8	%20an gutxitzea	OSALAN- Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea

Trastorno mentalek eragindako hilkortasuna

Suizidioak eragindako heriotza-tasak, azken urteetan, aldakorrek izan dira, goranzko joera txikia bada ere. 2004ko emaitzak (100.000 biztanleko 7, sexu bietan), 2010. urterako Osasun Planaren proposatutako helburuaren mugan, ozta-ozta, mantentzen gaituzte.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2010eko helburua	Iturria
Suizidioagatik hilkortasuna	7,2 ⁶	7,3	6,3	7,0	100.000ko 7tik behera mantentzea	Hilkortasun Erregistroa

Haurren hilkortasuna

Haurren hilkortasunaren tasak gehikuntza txiki bat izan du, Planaren planteatutako helburutik behera mantendu arren. Era berean, unean uneko gehikuntza gertatu da, jaiotza-inguruko hilkortasunaren joera positiboaren barruan, 2004. urtean jaiotako 1.000 biztanletik 6,4ko tasa batekin.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2010eko helburua	Iturria
Haurren hilkortasuna	4,8 ¹³	3,4	3,2	4,0	Hasierako tasen azpitik mantentzea	Hilkortasun Erregistroa
Jaiotza-inguruko hilkortasuna	6,1 ¹⁵	5,7	5,3	6,4	Hasierako tasen azpitik mantentzea	Hilkortasun Erregistroa

HIESak eta bestelako gaixotasun infekziosoek eragindako hilkortasuna

HIESak eragindako hilkortasuna 2010. urterako planteatutako helburutik urrun dago, 2004. urtean arrazoi hori dela-eta 87 hildako (68 gizonezko eta 19 emakumezko) eta 2005ean 74 erregistratu baitira. Gainera, HIESa Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Osakidetza Planak dakartzen datuen arabera, 2005. urtean gehikuntza txiki bat gertatu da GIBak eragindako infekzioetan, 2004. urteko datuekin konparatzen badugu.

Hala ere, HIES kasu berrien kopurua gero eta gehiago gutxitzen ari da, 2004. urtean 128 kasu berri azaldu baitziren; eta horrek, 2003. urteko datuarekiko %5,9ko gutxitzea adierazten du. 2005. urtean, halaber, 124 kasu berri gertatu ziren, %3,1eko intzidentziaren gutxitze berri bat adieraziz.

Azken urteetan (1996-2005), ama-fetu transmisio bidez GIB+ duten jaioberrien kopuruan beherakada garrantzitsua gertatu da, 18 kasu diagnostikatu baitira; 1984-1995 denboraldian, aldiz, 116 diagnostikatu ziren. 2005. urtean, ez da kasurik erregistratu.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2005	2010eko helburua	Iturria
GIB+ duten jaioberriak	1 ⁴	1	1	0	0	0	HIES Erregistroa. Osakidetza/EOZ
GIB infekzio berrien kopurua, EAEko egoiliarak	186	186	183	144	152	urteko 100etik beherakoa (adierazle aldatua)	HPKP Memoria Osakidetza 2005
HIES kasu berrien kopurua	186 ⁴	127	137	128	124	urteko 100etik beherakoa	HIES Erregistroa. Osakidetza/EOZ
HIESagatikoko hilkortasuna	91 ⁴	87	79	87	74	urteko kasuak <50	Hilkortasun Erregistroa

Gaixotasun transmitigarriak

Gaixotasun transmitigarrien arloan esan dezakegu, azken hiru urteetan (2004-2006) ez dela tetanosaren kasurik erregistratu 35 urtetik beherakoengan, ezta B meningitis, elgorri autoktono, tuberkulosi miliar eta meningitis tuberkulosorik ere urtebete baino gutxiago dutenengan. Sortzetiko sifili kasurik ere ez da detektatu.

15 urtetik beherakoen kasuan, C meningitisaren emaitzek aurreratze ona dute helburua betetzeari dagokionez eta tuberkulosiaren intzidentziak arinki baxua den joera mantentzen du.

Errubeolak, azken hiru urteetan, aldakortasun handia izan du eta parotiditisak igoera garrantzitsua jasan du, 2006. urtean 156 kasu gertatu baitira.

Azkenik, aipatu behar da infekzio nosokomiala duten pazienteen prebalentziak zertxobait gora egin duela, 2004. urteko 6,3tik 2005. urtean 6,7ra pasatu baita.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2004	2005	2010eko helburua	Iturria
C meningitisa	6 ⁴	8	2	0 kasu (15 urtetik beherakoetan)	ABG Erregistroa, EAEIMS
Errubeola	7 ⁴	1	15	0 kasu autoktono	ABG Erregistroa.
Parotiditisa	57 ⁴	36	52	0 kasu autoktono	ABG Erregistroa.
Tuberkulosiaren intzidentzia	34,7 ⁹	24,10	23,62	%70ean gutxitzea	ABG Erregistroa.
Sarean infekzio nosokomiala duten pazienteen proportzioa	6,7 ⁴	6,3	6,7	%6,5etik behera mantendu beharko da	2005eko Osakidetzaren Memoria

ERIKORTASUNA

EAEko Ospitaleko Alten Erregistroko datuek, azken urteetan alta hartzean diagnostiko nagusitzat maiztasunik handienaz nabarmendu ziren gaixotasun-taldearen berri ematen digute. Emaizak GODMtik lortutako altekin bat datoz. Aipatutako erregistroan, EAEko zentro sanitario publiko eta pribatu guztien datuak, atentzio psikiatrikoko zentroenak izan ezik, deskargatzen dira.

Horiek horrela, gure erkidegoko akutuentzako ospitaleetan, gizonezkoen kasuan zirkulazio-, digestio- eta arnas aparatuko gaixotasunak dira ospitaleratze kopuru handiagoa eragiten duten diagnostiko-talde nagusi gisa agertzen direnak. Emakumezkoetan, leku horiek honako hauek hartzen dituzte: haurdunaldi, erditze eta erditze ondoko taldeak, nerbio-sistemako eta zentzumen-organoko gaixotasunek eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak.

Osasun Planean lehenetsitako arloei dagokienez, 2004. urterako honako emaitza hauek ikusten ditugu:

Miokardioko Infartua

2.670 ospitaleko alta erregistratu dira 410 "Miokardioko Infartua" diagnostiko-kodearekin eta 2.289 pertsonak eragin dituzte. Pertsona horien %70a gizonezkoak izan dira.

Gizonezkoen batez besteko adina (64,1 urte), emakumezkoena (74,5 urte) baino baxuagoa da, eta ez da lurralde historikoaren arabera aldatarik ikusten.

2003ko datuei dagokienez, alta guztien kopuruan %2,2ko gutxitze bat gertatu dela ikusi da.

2003. urtearekin alderatzen bada, sexu bietan, ez da aldaketarik nabaritu EAEko alden tasa gordinari dagokionean. Hala ere, sexuaren arabera aztertzen denean, gizonezkoen tasa gordinen %2,3ko gehikuntza gertatu dela ikusten da eta emakumezkoen dagozkien tasetan %5eko gutxitzea.

Gaixotasun zerebrobaskularrak

“Gaixotasun zerebrobaskularrak” izeneko kapituluaren 6.497 alta erregistratu dira, eta %54,6a gizonezkoak dira.

Gizonezkoen batez besteko adina 69,8 urtekoa da, emakumezkoena (74,6 urte) baino baxuagoa.

2003. urtearekiko, ez da aldaketarik nabaritu batez besteko adinari dagokionean eta EAEko alden kopuruaren tasa gordinak, sexu bietan, %5,3ko igoera jasan du, gizonezkoengan (%5,9) emakumezkoengan (%4,6) baino gehiago.

Neoplasia gaiztoak

Birika

1.636 alta erregistratu dira diagnostiko nagusitzat biriketako minbizi gaiztoa zutela. Alta horiek 1.116 pertsonen dagozkie eta horietako %84,6a gizonezkoak izan dira.

Gizonezkoen batez besteko adina 65,2 urtekoa izan da, emakumezkoena (61,2 urte) baino zertxobait altuagoa.

Aurreko urtearekin alderatuta, emakumezkoen batez bestekoa 2,9 urte gutxiagokoa izan da eta egonaldiak, sexu bietan, antzekoak izan dira.

EAEan, sexu bietan, alden kopuruaren tasa gordinak %10,8ko igoera izan du. Igoera hori handiagoa izan da emakumezkoengan (%14) gizonezkoengan (%10,2) baino.

Emakumezkoaren bularreko minbizia

Emakumezkoaren bularreko neoplasia gaiztoa diagnostiko nagusitzat zuten 1.633 alta erregistratu dira. Alta horiek, 1.203 pertsonen dagozkie.

Batez besteko adina 57,7koa izan da, antzekoa hiru lurralde historikoetan.

2003. urtearekin alderatuta, “emakumezkoaren bularreko minbizia” dela-eta erregistratutako altek %2ko igoera izan dute; pertsona-kopuruak, berriz, %3,5eko igoera izan du. Batez besteko adina, batez besteko egonaldia eta heriotza-kopurua antzekoak izan dira. EAEko tasa gordinak, halaber, %2,2ko igoera izan du.

Kolon eta Ondestea

Kolon-ondesteko minbizia diagnostiko nagusitzat zuten 2.472 alta erregistratu dira. Altak 1.636 pertsonen eragin dituzte, eta honako tasa hauek atera dira: 100.000 biztanleko 150,6 alta gizonezkoen kasuan eta 84,3 alta emakumezkoen kasuan.

Alten kopuruan %13,9ko igoera gertatu da eta pertsona-kopuruan %14,6koa izan da 2003 urtearekiko. EAEn alten tasa gordinak, sexu bietan, %16,7ko igoera jasan du, zertxobait altuagoa gizonezkoengan (%17,2) emakumezkoengan (%15,9) baino.

Alta osoen kopurua EAEko akutuentzako ospitale guztiak kontuan hartuta						
Diagnostiko-taldea	EAE 2002 (egoiliarak)		EAE 2003		EAE 2004	
	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Gizonezkoak	Emakumezkoak
140-239 Tumoreak	12.296	10.941	12.145	11.043	12.915	11.426
290-319 Trastorno mentalak	2.681	2.208	2.669	2.080	2.738	2.194
320-389 Nerbio-sistema eta zentzumen-organoak	11.317	15.765	11.045	15.034	11.278	15.770
390-459 Zirkulazio-sistema	18.882	13.792	19.230	13.873	20.186	15.086
460-519 Arnas aparatua	14.506	8.919	14.298	9.217	14.852	9.308
520-579 Digestio-aparatua	17.708	12.041	17.565	12.058	18.521	13.132
580-629 Aparatu genitourinarioa	6.468	9.661	6.442	9.287	6.416	9.652
630-676 Haurdunaldia, erditzea eta erditze ondokoa	0	21.940	0	23.105	0	24.054
710-739 Sistema osteomuskularra	10.858	11.298	10.919	11.311	11.274	11.911
740-759 Sortzetiko anomaliak	1.126	874	1.110	870	1.203	996
760-779 Jaiotza-inguruko patologia	987	747	997	804	958	752
780-799 Txarto definitutako zeinuak eta sintomak	6.011	4.910	6.114	5.154	6.345	5.455
800-999 Lesioak eta pozoidurak	11.757	8.254	11.300	8.061	11.696	8.704

Diabetes mellitus

Diabetesaren arloan planteatutako helburuak (itsutasunaren intzidentzia, giltzurruneko gutxiegitasuna eta anputazioak) ebaluatzeko, prozesuaren eboluzioa aintzat hartzeko aukera ematen diguten zeharkako datuak ditugu. Zehazki esateko, diabetes mellitusak eragindako anputazio-diagnostikoa duten ospitaleko altak EAEko ospitale publikoetan (GNS-9-MC 250 diagnostiko nagusia, 84.10etik 84.17ra arteko prozedura-kodeak), paziente diabetikoei egindako transplante-kopurua eta erretinopatia diabetikoarekin afiliatutakoei buruz ONCEtik lortutako datuak. Hona hemen azken urteetako emaitzak:

Osasun Planaren adierazle aldatuak	2002	2003	2004	2005	Iturria
Diabetesarekin lotutako itsutasuna	260	257	266	267	ONCEren Erregistroa
Lehen mailako giltz. gaix. diabetesa duten pazienteen giltzurruneko transplanteak	9	13	9	4	EAEko giltzurruneko gaixoei buruzko informazio-unitatea
Diabetes mellitusarekiko bigarren mailako anputazioengatiko altak	131	108	141	136	Ospitaleko alten erregistroa (GODM)

OSASUNAREKIN ZERIKUSIA DUTEN BIZIMODUAK

Tabakismoa, dieta eta alkoholaren kontsumoa bezalako ohitura desberdinek, eta egoneko bizitza bezalako bizimoduek eragin ikaragarria dute biztanleen osasunean.

Ez daukagu oro har biztanleen dietari buruzko eguneratutako daturik. Hala ere, “4tik 18 urte bitarteko euskal biztanleriaren jateko ohituren eta osasun-egoeraren inkesta” delakoaren emaitzen aurrerapen bat oraintsu argitaratu da. Populazio-talde horretan lortutako datuen analisiak, neurri batean, biztanlerian oro har aipatutako adierazleen joerak aintzat hartzen lagunduko digu.

Bizimoduarekin zerikusia duten adierazleak EAEOIn (Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkestan) aldizka biltzen dira. Inkesta hori, bost urtero egiten da. Gaur egun, 2002. urteari buruzko datuak dauzkagu, eta 2007ko EAEOI delakoaren emaitzekin eguneratuko dira.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera (1997)	2002	2007	2010eko helburua	Iturria
Ez-erretzaileen proportzioa	%71	%74		%80	EAEOI
Beste inoren tabako-kearen esposizioko pertsonen proportzioa	%44	%32		%10	EAEOI
16 eta 65 urte bitarteko gehiegizko edaleen proportzioa	%4,1	%3,1		%3,5	EAEOI
16 urtetik gorako alkoholen batez besteko eguneko kontsumoa (g)	12,8	11,0		10,9	EAEOI
Euren astialdian jardura fisikoa egiten duten 15 urtetik gorako proportzioa	%24	%19		%32	EAEOI
16 urte eta urte gehiagoko pertsona lodien proportzioa	%10	%10		%8	EAEOI

DESBERDINTASUN SOZIALAK OSASUNEAN

“Osasun Plana 2002-2010” delakoak, zuzentasuna euskal sistema sanitarioaren informatzaile nagusietako bat dela adierazten du, beste hauekin batera: unibertsaltasuna, solidaritatea, zerbitzuen kalitatea eta herritarren partaidetza.

Hori dela eta, desberdintasunen analisia pixkanaka-pixkanaka zeharkako estrategia bat bezala sartu da, eta Sistema Sanitarioak garatutako jarduera desberdinetan eragina izan du.

Hasiera batean, osasunaren, bizi-itxaropenaren, erretzeko ohituraren eta obesitatearen autobalorazioari dagokionez desberdintasun sozialak kuantifikatzeko helburu eta adierazle batzuk ezarri ziren. Hala eta guztiz ere, zaila izan da hasierako diseinuarekin ebalua daitezkeen emaitzak lortzea; beraz, gaur egun horien definizio berri bat prestatzen ari gara.

Bidezkoak ez diren desberdintasunak osasunean
Osasun Planaren adierazleak
Desberdintasun sozialak osasunaren autobalorazioan, emakumezkoetan eta gizonezkoetan
Desberdintasun sozialak tabakoaren kontsumoan
Desberdintasun sozialak 16 urte eta urte gehiago dituzten pertsona lodien proportzioan
Desberdintasun sozialak bizi-itxaropenean emakumezkoetan eta gizonezkoetan
Desberdintasun sozialak zirkulazio-aparatuko gaixotasunagatiko hilkortasunean, 65 urtetik beherako emakumezkoetan eta gizonezkoetan

INGURUMEN OSASUNA

Ingurumen-kalitatearen adierazleak (airea, ura) zati batez egokiak dira. PM10 partikula esekien kasuan, ez da gainditu, sentsoreetako batean ere ez, 2005ean metro kuboko 40 mikrogramotan ezarritako osasuna babesteko urteko batez bestekoaren muga-balioa. Hala ere, 2005. urtean muga-balioa gainditu egin da eguneko batez bestekoen kasuan EAEko puntu batzuetan (Arrasate, Azpeitia, Basauri eta Betoño).

Esparru horretan bertan, kalifikazio egokia duten hornikuntzetako ura jasotzen duten biztanleen portzentajea, 2010. urterako proposatutako helburuaren gainetik, modu egonkor batean, mantentzen da.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2003	2004	2005	2010eko helburua	Iturria
Kalifikazio egokia duten hornikuntzetako ura jasotzen duen biztanleriaren %a	%89 ¹⁵	92,0	91,0	%92	%95	Osasun Publikoaren urteroko Memoria
Partikula esekien (PM 10) urteko eguneko batez bestekoa	44 µg/m ³	<43,2	<41,6	<40	< 20 µg/m ³	Osasun Publikoaren urteroko Memoria

2006KO JARDUEREN LABURPENA

2006. urtea, Osasun Planerako egitura organikoan gertatutako aldaketek markatu dute. Aldaketa horiek, 2006-2007 denboraldirako helburuen lehenespen eta egoerari buruzko analisi bat egitea eragin dute.

Oro har, esan dezakegu hasiera batean planteatutako helburu guztiak betetzen ari direla. 2006. urtean zehar Osasun Plana lehentasunezko arlo desberdinetan hedatzea, honako jarduketa hauek labur daiteke:

Jarduketa indibidualak

Jarduketa horiek zerbitzu sanitarioetan garatzen dira, batez ere Osakidetza/EOZ eta bere Zerbitzu Erakundeak bitartez. Jarduketok, beraz, Osasun Sailaren Zuzendaritza desberdinen eta Osakidetzaren arteko lankidetzaren bidez egin dira.

Osakidetzarekin egiten den Programa Kontratuak (Lehentasunezko Eskaintza, Prozesu Bereiziak, Konpromiso Osagarriak), beste eginkizun batzuen artean, lehenetsitako arloetan eragin positiboaren prebentziozko eta asistentziazko jardueren kontratazioa ezartzen du, baita euren kalitate-irizpideak ere, Zerbitzu Sanitarioen Erakundeekin. Urtero ebaluatzen da.

Hona hemen agente kontratugileak: Osasun Saileko Lurralde Zuzendaritzak eta Osakidetzako Zerbitzu Erakundeak, Lehen Mailako Atentzioko Eskualdeak, Akutuentzako Ospitaleak, Egonaldi Ertain eta Luzeko Ospitaleak eta Osasun Mentaleko Zerbitzuak.

Era berean, itundutako Zerbitzu Sanitario pribatuekin Programa Kontratuak garatzen ari dira.

2006. urtean, honako aurrerapauso hauek eman dira:

- Lehentasunezko Eskaintzak jasotzen dituen jardueren ebidentzia zientifikoari buruzko euskarria hobetzea.
- Lehen Mailako Atentzioko profesionalei jarduera horien gauzatzea erraztea, Programatutako Jarduera Planaren (PJP) hobekuntzaren bidez, Lehen Mailako Atentzioan asistentziazko jardueren ebaluazioa egin eta gogorarazteko Osabideren tresna informatikoa.
- 3 Lurralde Historikoen arteko emaitzen fidagarritasuna eta konparagarritasuna hobetzea.
- Programa Kontratuan Osasun Planarekin zerikusia duten prozesuak kontratatzeke irizpideak berrikustea.

Jarduketak bizimoduetan

Tabakoa-Alkohola

Prebentziozko Jarduera Programen barruan, honako hauek dira adierazle espezifikoak dituztenak: bizimodu osasungarrien sustapena, tabakismoaren atentzioa eta alkoholaren gehiegizko kontsumoa Lehen Mailako Atentzioan, eta horiek uztea sustatzeko asistentziatzeko jardunbide egokiak.

Jarduera hori, oro har, Lehen Mailako Atentzioko Lehentasunezko Eskaintzan horrela agertzen da: batetik, populazioaren baheketa eta estaldurarako parametroetan eta, bestetik, atentzio egokia emateko irizpideak (ohitura uzteko laguntza eskaini eta aholku ematea, motibazioaren diagnostikoa test espezifikoaren erabileraren bidez, mendekotasuna gainditzeari hasiera ematea eta 12 hilabetera jarduketaren emaitzak, famili egoeraren balorazioa, etab.).

Tabakismoa – Lehentasunezko Eskaintzaren Emaitzak							
2005				2006			
	EAE	B. Max.	B. Min.		EAE	B. Max.	B. Min.
BAHEKETA	%25,94	%49,99	%0	BAHEKETA	%34,87	%45,35	%23,48
ESTALDURA	%30,75	%80,66	%0,41	ESTALDURA	%39,85	%51,12	%26,67
1.AOI Aholkua eta eskaintza	%41,12	%68,70	%5,26	1.AOI Aholkua eta eskaintza	%47,16	%55,63	%40,61

Minbizia

Aurrerago deskribatu diren tabakismoari buruzko prebentziozko jardueraz gain, asistentzia-zerbitzuek erantzukizun definitu bat daukate minbiziaren sendaketan, biziraupenaren gehitzean eta prozesu asistentzial osoan zehar bizi-kalitatea ematean eta bereziki, fase terminaleko egoeretan.

Lehen Mailako Atentzioak, Akutuentzako Ospitaleek, eta Egonaldi Ertain eta Luzeko Ospitaleek, minbiziaren atentzio-prozesuaren fase desberdinetan eginkizun berezi batzuk dituzte. Programa Kontratuak minbiziaz arduratzeko lerro estrategikoen berri ematen du, eginkizun horiek, euren kalitate-ezaugarriak eta erabakitako adierazleak eta estandarrak definituz.

Lehen mailako atentzioaren esparruan, populazio-mailan goiz detektatzeko programen eragingarritasunari buruzko behar besteko ebidentzia zientifikorik ez duten tumoreen diagnostiko goiztiarra, alerta zeinu eta sintomei buruzko protokolo klinikoaren aplikazioan oinarrituta egon beharko da. Protokolo horiek, jakina, arrisku altuko pertsonentzako izango dira.

Itxarote-denborak murrizten saiatu gara, diagnostiko-zirkuitu eta tratamendu egokien bidez, eta atentzio-maila desberdinen artean deribazio-mekanismo eraginkorrak erabiliz.

Gaixo onkologikoaren atentzioa indibidualki eman behar da, kontrastatutako eta balidatutako kalitateari buruzko praktika klinikoko gidak erabiliz. Tumoreen Ospitaleko Batzordeek paziente bakoitzarentzako banakako plana definitzen dute eta bere funtzionamendua Programa Kontratuan (PK) agertzen da.

Atentzioa modu koordinatu batean egin behar da edo taldeen espezializazioa eta euren kalitate teknikoa bermatzen duten zerbitzuetan edo ospitaleetan, lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria delako gaixotasunaren pronostikoan.

Ospitaleko tumoreen erregistroak bultzatzen dira, prozesu asistentziala hobeto ezagutzeko aukera ematen dutelako, horren kontrola eta emaitzetan oinarritutako kalitate-adierazleen erabilera ahalbidetuz. Horrez gain, zentro sanitario ezberdinak konpara daitezke.

PKren azken urteetako emaitzak ebaluatzean, gehiegizko atzerapenak detektatu dira tumoreen ospitaleko erregistroetan; beraz, Euskadin minbizi erregistroa hobetzeko plana egin da.

2005-2006 denboraldian zehar, daukagun ebidentzia zientifikoa aztertu ondoren, kontuan hartu da bularreko minbizia goiz diagnostikatzeko programan sartutako xede-populazioaren adina handiagotzea eta, ondorioz, emakumezkoen kasuan estaldura 65etik 69 urtera pixkanaka gehitzea berriki onartu da.

Zainketa Aringarrietako Plana 2006-2009

Osasun Sailak, 2006. urtean, Zainketa Aringarrietako Plana 2006-2009 aurkeztu du. Plan horretan, asistentziazko baliabideek pazienteen beharrekiko duten egokitzapena definitzen da. Bizilekuari lehentasuna ematen dio zainketa aringarriak kokatzeko leku gisa eta etxeko atentzioaren kalitatea substantzialki hobetzea planteatzen du, baina Zainketa Aringarrietako Unitateetarako sarbide zuzena bideratuz, sintomen konplexutasunak eta larritasunak edo familien erabakiak horrela eskatzen dutenean.

Prestazioaren kalitatea hobetzeko apustu bat eginez, pertsonal sanitarioaren prestakuntza bereziki azpimarratzen da, eman behar duen asistentziaren konplexutasunari egokitutako trebakuntza-maila izan beharko baitu. Horretarako, langileei etengabeko prestakuntza-programak eskainiko zaizkie, horrela eskatzen baldin badute eta inplikaturako zerbitzu desberdinen artean koordinatuz emango dira.

Hiru Lurralde Zuzendaritzetako Osasun Planaren Buruzagitzek, 2006. urtean, Zainketa Aringarrietako Plana lurralde bakoitzak dituen ezaugarrietara egokitzeari ekin diote, EAEko biztanleentzako estaldura espezializatua lortzeari garrantzia emanez, aholkulariaren irudia eta eskuratzea definituz, etxeko ospitalizazioko zerbitzurik ez duten inguruetarako. Akutuentzako Ospitaleen egoera ere aztertuko da, euren ezaugarriengatik fase terminaleko egoeran dauden pazienteen kopuru esanguratsuaz arduratzen baitira.

Osasun Ministerioak, Osasun Sistema Nazional (OSN) guztirako izango den Zainketa Aringarriei buruzko Praktika Klinikoko Gida, 2006-2007an, prestatzeko eskatu dio Euskal Autonomia Erkidegoari.

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak

Arrisku-faktoreei dagokienez jarduteko estrategiari laguntzeko, hemen ere bere kontrola sartu da Lehen Mailako Atentzioko Prebentziozko Jardueren Programan eta bere presentzia mantentzen da Lehentasunezko Eskaintzaren barruan, arrisku kardiobaskular altua duten pazienteen detekzioaren bidez eta hipertentsioa, obesitatea eta hiperkolesterolemia duten pertsonen detekzioa eta kontrol egokia eginez.

Akutuentzako Ospitaleetan, kardiopatia iskemikoa eta patologia zerebrobaskularra prozesu bereziak dira, indarrean dauden Programa Kontratuetan. Egitura, prozesu eta emaitzaren adierazleak ezartzen dira, eta horiei esker prozesu asistentzial osoan kalitatearen jarraipena egin daiteke, bere emaitzak ebalua daitezke eta etengabe hobetzeko estrategiak planteatzen dira.

Miokardioko Infartu Akutuari dagozkion Akutuentzako Ospitaleetako Programa Kontratuen adierazleak eta estandarrak, honako hauek nabarmendu dituzte: atentzio-kate osoaren (emergentziak, Emergentsietako Lurralde Unitatea, lehen mailako atentzioa, ospitaleko urgentsiak, zainketa mediko intentsiboak, kardiologia, barne-medikuntza eta hemodinamika kardiakoa) protokolizatzea, pazientearen atentzio goiztiarra, birbaskularizazio tekniken erabilera egokia eta ospitaleko altaren momentuan tratamendu egokia kontrolatzea.

Kardiopatia iskemikoaren kasuan azaldutakoaren antzera, patologia zerebrobaskularrari dagokionez egindako jarduketa esanguratsuenek, honako hauek izan dituzte xedetzat: batetik, fase akutuan ospitaleko atentzioa hobetzea eta, bestetik, horrelako pazienteetatik arduratzen diren zerbitzuen arteko ondorengo koordinazioa, asistentziatzko protokoloak ezarriz, errehabilitazio-zerbitzuekin kontsultak eginez eta ospitaleko altaren momentuan jarraipen egokia eginez eta tratamendua kontrolatuz.

Diabetes Mellitus

Diabetes mellitusaren prebentzioak, kontrolak eta tratamenduak zirkulazio-sistemako gaixotasunen arrisku-faktoreen kontrolean atal berezia merezi du, berez erikortasun altua duelako eta arrisku-faktore gisa eragin handia duelako.

Lehentasunezko Eskaintzak, kontrol metaboliko egokia detektatzeko jarduerak ikuspegi integraletik jasotzen ditu, baita erretinopatia diabetikoaren, anputazioen eta neuropatien konplikazioetarako kontrol espezifikoak ere.

2006an, erretinopatiaren kontrola telemedikuntzaren bidez hedatu egin da, erretinografo ez-midriatikoarekin. Horren ezarpenari esker, pazienteak osasun-zentzura doa, eta bertan bere erretinaren irudia erretinografoaren bitartez lortzen da. Irudi hori, sare informatikoaren bidez, berehala bidatzen da bere erreferentziako ospitalera, espezialista batek interpreta dezan. Lehen Mailako Atentzioaren eta Atentzio Espezializatuaren artean batera garatu den programa bat da; eta horrek, baterako jarraipena egiteko aukera ematen du, pazienteen arteko koordinazioa erraztuz.

Osasun Ministerioak, OSN guztirako izango den diabetesari buruzko Praktika Klinikoko Gida, 2006-2007an, prestatzeko eskatu dio Euskal Autonomia Erkidegoari.

Osasun Mentala

Ospitalez Kanpoko Osasun Mentaleko Programa Kontratuaren adierazleak aldatu egin dira, patologia mental larriari garrantzi berezia emateko. Asistentzia psikiatrikoaren eskuragarritasuna hobetu nahi da, baita bere diagnostiko goiztiarra ere; batez ere, pazienteak umeak eta gazteak direnean. Horrez gain, paziente psikiatrikoen familiekin egiten den jarduera hezitzailea indartu eta patologia psikiatriko larriaren jarraipen intentsiboa egiteko programa bat ezarri nahi da.

Aholku Batzordeak

2006ko amaieran, minbiziari, diabetesari eta gaixotasun kardiobaskularrari buruzko Aholku Batzordeetako kide berriak izendatu dira.

Gaixotasun kronikoen errehabilitazioa hobetzeko plana

2006 eta 2007 urteetan zehar, gaixotasun kronikoen errehabilitazioa hobetzeko plan bat egingo da.

Hona hemen batzordeak aztertzeko arlotzat hartzen direnak:

- Gaixotasun neurologikoak.
- Linfedemak: batez ere mastektomia osteko bularreko minbizian.
- Miokardioko infartu akutua, bermatutako eraginkortasuna duen terapia bat delako.
- Biriketako gaixotasunak: BGBK, fibrosi kistikoa.
- Aparatu muskuloeskeletikoko gaixotasunak, prebalentzia eta baliabide sanitarioen kontsumo altua dutelako eta sanitarioak ez diren mekanismo sozialetan behar bezala artatuak izateko duten aukeragatik.

Bere abordatzeak berreskura daitekeen defizit funtzionalaren faseak zein eskuratutako funtzioa mantentzeko fase egonkorrak begietsiko ditu. Zerbitzu sanitarioetan hobetzeko arloak aztertuko dira, baita gizarte zerbitzuekin fasearteak ere.

JARDUKETA KOMUNITARIOAK ETA SEKTORE ARTEKOAK

Oinez Bizi

Instituzioen arteko lankidetzak (Osasun Saila, Osakidetza/EOZko Lehen Mailako Atentzioko arloak, elkarte zientifikoak), Oinez Bizi/Vive Caminando izeneko kanpainan irudikatu da. Kanpaina horrek, biztanlerian oro har, eta batez ere arriskua duten pertsona sedentarioengan, jarduera fisiko moderatua sustatu nahi du.

Kanpaina horren barruan, ekintza-programa bat diseinatu da. Programa horren helburua, paziente sedentarioengan jarduera fisikoaren maila handiagotzea da; eta horretarako, material hezigarria prestatu da, Lehen Mailako Atentzioko 500 profesionalen jarduera fisikoaren onuren alderdi desberdinei eta biztanleriaren hezkuntza sanitarioaren barruan duen zereginari buruzko prestakuntza eman zaie.

Oinez Bizi kanpainaren jarduketa-eremuan, komunikabideetan kanpaina bat egin zen eta Bilbon biztanle guztientzako ekitaldi bat egin zen. Ekitaldi horretan, 5.000 pertsona inguruk parte hartu zuten.

Nutrizioa eta Elikagaien Segurtasuna: Bizitza Osasungarrirako Plana

Osasun Publikoko Zuzendaritzarekin izandako lankidetzak-jardueren barruan, 2006. urte amaieran, **Bizitza Osasungarrirako Plana** egiteko lan-taldean parte hartzeari ekin diogu, Osasun Publikoko Zuzendaritzak koordinatuta. Gainera, beste hauen partaidetza izan du: Kontsumo Zuzendaritza, Hezkuntza Saila, EUDEL, Osakidetza eta O+berri Fundazioa.

Ekimen hori, 2005ean 4 eta 18 urte bitarteko EAEko biztanleei egindako Nutrizio-inkestan eskuratutako emaitzen analitik abiatzen da eta Osasun Publikoaren eremuan Europako Ekintza Programaren barruan kokatuta geratzen da. Programa horretan, halaber, elikadura, jarduera fisikoa eta obesitatea Europar Batasuneko politika sanitarioaren funtsezko lehentasunak dira.

Desberdintasun sozialak osasunean

Desberdintasun sozialak zuzentzeko egindako ekintzak, batez ere, zerbitzu sanitarioetara sartzeko zuzentasuna eta euren kalitatea hobetzeko egin dira.

Honako hauek izan dira landutako interes-arloak:

- **Osasunari dagokionez dauden desberdintasun sozialen monitorizazioa,** MEDEA proiektuaren barruan arlo txikietan hilkortasunean dauden desberdintasun geografikoak eta sozioekonomikoak aztertzei aukera eman duten zenbait proiektutan parte hartuz, "Desberdintasun sozialak hilkortasunean EAEn: hilkortasuna eta egoera sozioekonomikoa" izeneko estatistikaren argitalpenaz, EUROTHINE europar proiektuan parte hartzea, handitasunaren deskribzioa eta kalitatearen arabera doitutako desberdintasun sozioekonomikoak bizi-itxaropenean, desberdintasun sozioekonomikoen deskribzioa erabateko hilkortasunean eta kausen arabera egoitza-arloko adierazle sozioekonomikoak erabiliz, Berrikuntza Sanitarioko Euskal Institutuaren laguntzarekin egindako proiektua.

- **Interbentzio ez-sanitarioek osasunean duten inpaktuaren ebaluazio-metodo baten garapena (OIE)**, osasuna politika sektorialen agendan sartzeko tresna gisa, bai esparru autonomikoan bai toki-mailan. Zehazki, udal mailako eremuan, 2006. urtean zehar Bilboko Uretamendi-Betolaza-7. barrutiko ingurubidearen Erreforma Integralerako Planaren osasun inpaktua ebaluatzeko proiektu bat egiteari ekin zaio eta euskal autonomia-erkidegoko jarduketak baheketa-tresna bat prestatu da, Osasun Inpaktuaren Ebaluazioaz (OIE) balia daitezkeen jarduketak identifikatzeko asmoz.

- **Zuzentasuna sustatzea osasun-zainketen horniduran.** Lehen Mailako Atentzioko Programa Kontratuaren barruan sartu dira umeentzako atentzioan desberdintasun sozioekonomikoen eta hipertentsio arterialaren atentzioan desberdintasun sozioekonomikoen azterketari buruzko atala, zainketa-arlo bi horietan lehen mailako atentzioan zuzentasunaren egoera ezagutzeko asmoz.

Jarduketa eskola-esparruan: behar bereziak dituzten umeak eta ustekabeko lesioen atentzioa

2006. urtean zehar, behar bereziak dituzten eskola-umeen eta esparru horretan ustekabeko lesioen atentzioan aurrera egin da.

Osasun Publikoko Zuzendaritzak, Hezkuntza Saileko Zuzendaritzak, Osasun Planak, Osakidetza eta Osatzen delakoak egindako baterako lanari esker, adostutako zirkular bat egin zen. Zirkular horrek, atentzio-behar espezifikoak dituen ume eskolatutakoaren jarraibideak markatzen zituen.

Jardueraren barruan, sare publiko osoko irakasleentzako prestakuntza-ikastaro bat eman da. Jarduerak izandako arrakasta dela-eta, lan-taldea esperientzia hori 2007. urtean zehar errepikatzea planteazten ari da.

LURRALDE HISTORIKO BAKOITZEKO INTERBENTZIO ESPEZIFIKOAK

Osasun Planean garatutako oinarritzko lerro estrategikoak, pixkanaka-pixkanaka, gidetan (prozesu bereiziak/bestelakoak) sartu behar dira, osasun-zerbitzuen kontratazioan beharren eta zerbitzuen arteko egokitzapena ezartzeko, bereziki interbentzio eragingarriak eta eraginkorrak izan eta 2002-2010 Osasun Planak lehenetsitakoetan. Gida horiek, Lurralde bakoitzak duen asistentziako errealitatean (egoera aldeaz aurretik aztertu ondoren) oinarritu eta Osasun Planeko zerbitzuaren, profesional sanitarioen eta kudeatzaileen arteko baterako lanaren bitartez garatu behar dira. Horiekin guztiekin, eman behar diren zerbitzuen egokitzapenean lan egiten da, kopuruari eta kalitate-estandarrei dagokienez euren zehaztapenak aztertzen dira, kalitate-politikak sustatzen dira eta baliabideen erabileran eraginkortasunaren lorpena lantzen da.

Interbentzio espezifikokoak Araban 2006

2006. urtean, Arabako Osasun Planaren Zerbitzuko jarduerak aipagarrienek bi arlotan jarri dute arreta: Tumoreen Lurralde Batzordea eta Zainketa Aringarrietako Lurralde Plana.

Tumoreen Lurralde Batzordea

Batzorde hori 1999an sortu zen, baina 2003an bere jarduerak egiteari utzi zion. 2006. urtean zehar, bere antolaketa berriro jardunean jarri zen, baita bere jarduerak ere. Hauxe da bere helburu nagusia: Arabako lurraldean tumore desberdinen diagnostikoa eta tratamendua aboratzeko normalizazioa eta lankidetzaren bultzatzea, eta bereziki prozesu onkologikoak diagnostikatu eta tratatzen dituzten akutuentzako bi ospitaleetan (Santiago eta Txagorritxu) inplikaturako zerbitzu desberdinen artean. Kontua da, zerbitzu desberdinen artean bi alderdien aldakortasunak ahalik eta gehien murriztea. Bere emaitza nagusia tumore-prozesu desberdinetako Protokolo Arruntak dira, baita kasuak aztertzeko egiten diren ospitale arteko “ad hoc” aldizkako bilerak ere.

2006ko jarduerari esker, bere osagaiak eguneratu egin dira, 2003. urteaz geroztik gertatutako aldaketak, baita protokolo berriaren (prostatako minbiziarena) prestaketa eta akordioa ere, kontuan hartuta. Protokolo berrien prestaketa ere bultzatzen ari da, eta kokapen hauek eztabaidatzeko prozesuan daude: hestegorria, urdaila, utero-lepondoa eta endometrioa, obulutegia eta puxika. Azkenik, honako hauei dagozkien indarreko protokoloak, era berean, eguneratzea erabaki da: kolon-ondestea, laringea, bularra eta birika. Hori guztiori, hurrengo urteetan aldizka izatea nahi den jarduerak bihurtuko da.

Zainketa Aringarrietako Lurralde Plana

2006ko ekitaldian, Zainketa Aringarrietako behin-behineko Lurralde Batzordea martxan jarri da. Batzorde horren helburu nagusia, EAEko plana 2006-2009 arabar lurraldearen berezitasunetara eta egoera espezifikoara egokitzea da. Helburuak eta metodologia zehazteko hiru bilera gauzatu dira, eta bi alderdi horiek erabaki dira. Gaur egun, informazioa modu homogeneo eta hedakorrean biltzen ari da eta jarduketaren planaren hasierako zirriborroa prestatzen ari da. Planaren prestaketan, orain arte, bertako erakunde sanitario guztiek eta pixkanaka-pixkanaka inplikaturako guztietara zabalduko den zerbitzuen hasierako nukleo batek parte hartu dute. Funtsezko ardatz bi hauek oinarritzen da: zerbitzuaren kalitatea hobetzea eta erabiltzaile potentzial guztiei modu eraginkorrean berau hedatzea, euren behar eta lehentasun espezifikoetara hobeto doitzeko premisarik.

Lehentasunezko Eskaintza

Ohar interesgarri gisa esan beharra dago, berariaz 2006ko ekitaldikoa izan ez arren, Lehen Mailako Atentzioko urteko jardunaldia egiten jarraitu dela, Arabako eskualdearen laguntzarekin. Jardunaldi horretan, beste eduki batzuen artean, Programa Kontratuan Lehentasunezko Eskaintzaren emaitzak zabaltzen dira. Zabalkunde eta inpresio-aldaketa horrekin, eskualdeko Lehen Mailako Atentzio Unitate (LMAU) guztietara Lehentasunezko Eskaintzaren item desberdinen (LMAU desberdinetan zein Osakidetzako gainerako eskualdeetan) emaitzarik garrantzitsuenak helarazi nahi dira, eta hurrengo ekitaldietan espero eta egin nahi diren hobekuntzen oinarritzko ardatzei buruz orientatu nahi da.

Interbentzio espezifikoak Bizkaian 2006

2006. urtean zehar, Bizkaiko Osasun Planaren Zerbitzura esleitutako langileek, 2002 – 2010 Osasun Planean lehenetsitako arloekin zerikusia duten prozesu asistentzial desberdinetan kalitatea hobetzeko bultzadan lanean jarraitu du. Lan-arlo berri gisa, 2006an, hauexek azpimarratu behar dira: batetik, zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arloan Hemodinamika eta Bihotzeko Kirurgia eta, bestetik, arnas aparatuko gaixotasunen arloan Biriketako Gaixotasun Buxatzaile Kronikoa.

Miokardioko Infartu Akutua (MIA)

2002. urtean, honako hauek osatutako lan-talde bat sortu zen: Gurutzetako, Basurtuko eta Galdakaoko ospitaleetako Kardiologia zerbitzuetako klinikoak, kalitateko arduradunak eta ospitaleetako zuzendariak eta Bizkaiko Osasun Planaren Unitateko teknikariak. Lan-talde horren asmoa, MIAren ospitaleko atentzioaren kalitate-baldintzak definitzea zen. 2006an, aurreko urteetan bezala, lan-taldearekin laguntzarekin kalitate-irizpideak berrikusi dira, hobekuntza-helburuak proposatu dira eta hiru ospitaleetan egindako interbentzioak ebaluatu dira.

Hemodinamika

Arlo kardiobaskularrarekin jarraituz, programa-kontratuan kalitate-irizpideak sartu dira, batez ere emaitzarekin zerikusia dutenak, hemodinamika jarduerarentzako. Irizpide horiek, Bizkaiko ospitaleetako hemodinamisten laguntzarekin definitu dira. Emaitzak neurtu egin dira eta klinikoekin batera 2007rako helburu berriak finkatu dira.

Bihotzeko Kirurgia

Gurutzetako eta Basurtuko ospitaleetako Bihotzeko Kirurgia zerbitzuetako arduradunekin lankidetzan arituz, gaixotasun koronarioa eta patologia balbularra duten pazienteen prozedura kirurgikoetarako kalitate-baldintzak definitu dira. Kasu honetan, gainera, adostutako irizpideak, gehienbat, interbentzioen emaitzen neurketara bideratzen dira. Adierazleak neurtu egin dira eta klinikoekin batera 2007rako helburu berriak finkatu dira.

Gaixotasun zerebrobaskular akutua (GZBA)

GZBAren ospitaleko atentzioa hobetzeko ebaluazioan eta bultzadan lanean jarraitu da.

Biriketako Gaixotasun Buxatzaile Kronikoa (BGBK)

Prozesu bereizi gisa berau sartzeko aukera ikusteko asmoz aldeztu egindako analisi eta azterlan pilotutik abiatuz, egitura, prozesu eta emaitzen adierazle batzuk prestatu ziren. Adierazle horiek aurkeztu ziren eta lan-talde batean eztabaidatu ziren. Lan-talde horretan, pneumologia eta urgentzietako zerbitzuen arduradunek parte hartu zuten, baita Bizkaiko Akutuentzako Ospitaleen kalitate-unitateetakoek ere. Adierazle horiek lehenengo aldiz finkatu eta neurtu dira, 2006. urtean zehar BGBKren ospitaleko asistentziaren kalitatea ebaluatzeko; horrez gain, ondorengo ekitaldietan ezarriko diren estandarren hurbilketa bat egin da.

Komunitatean Hartutako Pneumonia (KHP).

Galdakaoko Ospitaleko Pneumologiako Zerbitzuarekin lankidetzan arituz, KHPaz arduratzeko kalitate-baldintzen koadro bat prestatu da, eta 2007. urtean Bizkaiko Akutuentzako Ospitaleetan aplikatu eta ebaluatuko da.

Minbizia

Arlo honetan, asistentziaren ebaluazioan eta kalitate-baldintzen definizioan Bizkaiko akutuentzako lau ospitaleen laguntzarekin lan egiten jarraitu da.

Lehen Mailako Atentzioa

Lehentasunezko Eskaintzak, Osasun Planean lehenetsitako arazoei aurre egiteko interbentzio espezifikoak barne hartzen ditu. Etengabeko hobekuntzaren ibilbide luzean, 1998. urteaz geroztik arlo horien hobekuntza bultzatzen da eta profesionalen jardura neurtzen da. Bizkaiko Lehen Mailako Atentzioko zenbait eskualdek duela urte batzuk egiten zuten arren, 2006an bigarren urtez segidan eskualde guztiek Lehentasunezko Eskaintza, Osabideren PJPrekin modu automatizatuan, ebaluatu dute. Hobekuntzek puntuen irabaziaren %15a gainditu dute eskualde guztietan.

Zainketa Aringarrietako Plana

EAEko Zainketa Aringarrietako Plana 2006-2009 Bizkaian ezartzeko lanean hasi dira.

Interbentzio espezifikoak Gipuzkoan 2006

2006. urtean, Gipuzkoako Osasun Planaren Zerbitzuak prozesuetan jarduketa-gidak garatu ditu (eta garatzen jarraitzen du): Miokardioko infartu akutua; GZBA bat sufritu ondoren pazienteen errehabilitazioa; BGBK eta Eraginkortasuna pazienteak egonaldi ertainera deribatzean. Gainera, Gipuzkoako Osasun Planak osasun-politiken lehenespenean herritarren iritzia eta lehentasunak ezagutzea helburutzat duen beste bide osagarri batean lan egiten du.

ST segmentua igota duen Miokardioko Infartu Akutua Gipuzkoan

Zirkulazio Aparatuko Gaixotasunak eragindako hilkortasunaren murrizketarekin zerikusia daukan jardunbidea, 2002-2010 Osasun Planaren lehentasunezko helburua dena.

2004. urtean, Donostia Ospitalean MIaren atentzioa, kasuen ondoriozko sail baten bitartez, deskribatu zen. Hobekuntza-helburuek, bereziki honako honetan arreta jarri zuten: Infartua TSarekin, Galdutako Bizitza Urte Potentzialei (GBUP) egiten zieten ekarpenagatik eta birbaskularizazio goiztiarren bitartez interbentzio eraginkorraren aukeragatik.

Ezarritako estrategia: atentzio-mailen koordinazioa, adostasuna interbentzioetan eta informazio-sistemaren ezarpena.

2005 eta 2006 urteetan egindako jarduketak:

- ST segmentua igota duen Miokardioko Infartu Akutuaz arduratzeko maila guztietako ordezkariekin lan-talde bat osatzea.
- Interbentzio-maila guztietan partekatutako datuen erregistro bakar bat duen jarduteko protokolo bateratu bat prestatzea.
- Protokoloaren hedapena eta atentzioan inplikaturako profesionalen eguneratzea (hiru prestakuntza-mintegi).
- Protokoloaren ezarpenaren lehenengo 7 hilabeteen ebaluazioa.

Emaizta aipagarrienak: antolaketa-mailan ospitalez kanpoko fibrinolisia sartzea. Birbaskularizatutako pazienteen kopurua gehitzea (10 puntuko aldea 2004-06 artean) iskemia denboraren murrizketarekin, bereziki sistemaren erantzuteko azkartasuna (denbora murriztea atea-orratza edo baloia).

GZBA bat sufritu duten pazienteen errehabilitazioa Gipuzkoan

2002-2010 Osasun Planaren 3.2.2. helburuarekin (Gaixotasun zerebrobaskularrak) zerikusia duen jardunbidea eta 7 eta 8 zenbakidun estrategia indibidualetan jasotzen dena.

2003. urtean, Gipuzkoan, GZBA zuten pazienteen ospitaleko errehabilitazioa (Egonaldi Ertaina) deskribatu zen. Hobekuntza-helburuek, bereziki, honako honetan jarri zuten arreta: neurologia eta errehabilitazioko zerbitzuek elkarrekin egindako paziente horiei atentzioa emateko gidaliburu baten garapenean.

Ezarritako estrategia: atentzio-mailen koordinazioa, adostasuna interbentzioetan eta informazio-sistemaren ezarpena.

2006 eta 2007 urteetan egindako jarduketak:

- Errehabilitazio-zerbitzuetako (Publikoa eta Itundutakoa), Pazienteen onarpeneko, Kudeatzailtzako eta Osasun Planaren Zerbitzuetako profesional sanitarioekin lan-talde bat osatzea.
- Prozesuaren fase desberdinetan jarduteko protokolo bateratu bat egin eta egokitzea, interbentzio-maila guztietan (Akutuentzako Ospitalea, Egonaldi Ertaina; tresna Soziosanitaria eta Etxez etxekoa) partekatutako datuen erregistro bakar batekin.
- 2007. urteko kalitatezko konpromiso osagarrietan adierazleak ezartzea, zerbitzu publikoetan zein itundutakoetan.

Itxarondako emaitzak:

- GZBA batengatik ospitaleratu eta gomendatutako denboran defizit neurologikoa duten pazienteen, gutxienez, %90aren errehabilitazio-beharrak ebaluatzea.
- Akutuentzako Ospitalean errehabilitazioa hastea, defizit neurologikoa duten pazienteen %40an, gutxienez.
- Pazienteak Egonaldi Ertaineko (EE) errehabilitazio-zerbitzura bidaltzea, ospitalean errehabilitazioa egiten jarraitu behar duten eta defizit neurologikoa duten pazienteen %90a, gutxienez.
- EERA bidalitako pazienteen %75ean, gutxienez, lortutako irabazi funtzionalak. Horretarako Barthel eskala erabiltzen da (akutuetan ospitaleratu baino lehen, akutuetan alta hartzean eta egonaldi ertainean alta hartzean).

Biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa (BGBK)

BGBK Prozesuaren kalitatearekin eta eraginkortasunarekin eta prozesu horretan pazienteek osasunari dagokionez dituzten desberdintasunen murrizketarekin zerikusia duen jardunbidea. Interbentzioaren arrazoiak: aldakortasun klinikoa BGBK delakoaren atentzioan, erkidego-mailan eta ospitale-mailan.

BGBKren okerragotzeak, gure inguruan ospitaleratzeko arrazoi garrantzitsuenetako bat dira (2005eko tasa: 187,4 10³ biztanle), baita urgentzietako zerbitzuetan onartzeko ere. Ez dago patologia mota horren kasuan ospitaleratzeko irizpide espezifikorik. Aldakortasunak ospitaleratzea agintzean datza eta ospitalearen arabera desberdintasunak agertzen dira ospitaleratzeari, egote-egunei eta erikortasun/hilkortasunari dagokionez.

Helburua: Batetik, BGBKren okerragotzean ospitaleko urgentzietako zerbitzuetatik ospitaleratze egokiak ebaluatzea, irizpide esplizituen balidazioaren bitartez eta, bestetik, zentroen arteko aldakortasuna aztertzea.

Egindako jarduketak: 2006. urtean, ospitaleratze egokirako irizpideak ezarri dira (RAND metodologia) eta datuak jasotzeko orriak editatu dira. Prozesu osoan zehar, Osasun Planaren Zerbitzuak pneumologia eta urgentzietako zerbitzuetako profesionalekin batera lan egin du.

Itxarondako emaitzak:

- Lehen Mailako Atentzioaren, Ospitaleko urgentzietako Zerbitzuen eta Atentzio Espezializatuaren artean koordinatutako BGBK protokoloak prestatzea.
- Ospitaleko urgentzietako zerbitzuetan, BGBKren atentzioan eraginkortasuna eta eragingarritasuna hobetzea.
- Agindu gabeko BGBKren ospitaleratzeak murriztea.

Eraginkortasuna pazienteak egonaldi ertaineko (EE) ospitaletara eta zentro sozio-sanitarioetara (S-S) bidaltzean

Jardunbidea EEn ospitaleratu behar diren pazienteen kalitatearekin eta eraginkortasunarekin eta adineko biztanleriarentzako atentzioan zuzentasuna bilatzearekin zerikusia dauka.

Helburuak: EE Ospitaletara edo S-S Zentroetara pazienteen deribazioa ordenatzea eta arrazionalizatzea.

Interbentzioaren arrazoiak: biztanleriaren zahartzeak, zainketen eskariak gora egitea eragin du. Kolektibo horrek patologia asko izaten ditu eta farmaziako produktu asko erabiltzen dituzte; eta horri, hauskortasun kliniko eta sozial berezia gehitu behar zaio. Akutuentzako ospitaleetan egonaldi luzeak egitea edo ospitaleko urgentzietako zerbitzuetatik behin eta berriro ospitaleratzea, ez dira beti asistentzia-aukera egokiena izaten paziente horientzat. Errealitate berriak paziente nagusiengandik datorren eskari asistentzialaren kudeaketa berriro definitzea eskatzen du, maila sanitario desberdinen eta baliabide soziosanitarioen koordinaziotik abiatuz.

Aurrekariak: 2003an, galdesorta bat balidatu eta neurtzeko azterlan bat gauzatu zen. Galdesorta horrek, pazienteen karga asistentzialak modu objektiboan hartzeko aukera ematen zuen. Paziente horiek, Akutuentzako Ospitaleetako egonaldia bukatu ondoren maila baxuagoko zentroetan ospitaleratuta jarraitu beharra zuten. 2004. urteaz geroztik, Akutuentzako Ospitaletik edo Lehen Mailako Atentziotik (LMA) EEn edo SS zentroan ospitaleratzea eskatu zuten paziente guztiei, balorazio-galdesorta egin zitzairen ospitaleratzearen egokitasuna zehazteko eta tokirik egokienean kokatzeko asmoz.

Esku hartzeko estrategiak: atentzio-mailen (Akutuentzako Ospitale, EE Ospitalea, LMA eta SS zentroa) koordinazioa, adostasuna interbentzioetan, eta informazio-sistemaren ezarpena.

Garatutako jarduketak:

- karga medikoak, erizaintzakoak eta sozialak neurtzen dituen tresna bat balidatzea.
- asistentzia-mailen artean koordinatutako estrategiak bilatzeko lan-taldea sortzea.
- EE ospitalean edo SS zentroan egoteko helburuak eta helburu hori lortzeko estimatutako denbora ezartzen dituen deribazio-protokoloa prestatzea.
- informazio-sistema ezartzea.
- profesional sanitarioak prestatzea, tresna eta informazio-sistema modu egokian aplikatzeko.

2006ko emaitzak:

- Antolaketa-mailan: deribazio-eskari guztia Donostia Ospitaleko Pazienteak Onartzeko Zerbitzuan zentralizatu da.
- Deribazio-prozesuan: balorazio-galdesorta (tresna) EE ospitalera edo SS zentrorra lekualdatzea eskatu duen paziente orori aplikatu zaio.
- Ezarritako informazio-sistemak EE ospitaletara eta SS zentrotara bidalitako pazienteen profil soziala eta sanitarioa ematen du, baita gerta litezkeen irabazi funtzionalak, kognitiboak edo ospitaleratzean gertatutako kargen murrizketa ere.
- Aurreko guztiak, EE eta SS eskatzen duten pazienteen atentzioan eraginkortasuna eta eragingarritasuna hobetzearen alde egiten du.

Zerbitzu sanitarioen lehenespena biztanleen iritzien eta balioen arabera

Herritarrek parte hartzeko beste modu batzuekin (Osakidetzaen iritzi-inkestak - Eurobarometroa) bat datorren jardunbidea, zerbitzu sanitarioen lehenespenari dagokionez biztanleriaren lehentasunak jasotzeko helburua duena.

Ohiko hiru teknika (auto-administratutako galdesorta, eztabaida-taldeak eta elkarrizketa indibiduala) erabiltzen ari dira, mota horretako azterlanetan kostuaren eta eraginkortasunari dagokionez teknika onena zein den zehazteko. Lan horri 2006ko urtarrilean (OIF 051855) ekin zitzaion, eta 2007ko amaieran lehenengo emaitza konparatiboak aterako direla espero da.

JARDUTEKO LEHENTASUNAK 2007

Zerbitzu sanitarioetan

Minbizia:

- Lepondoko minbizia: erregistro-sistemaren eta Programaren antolaketaren hobekuntza.
- Kolon-ondesteko minbizia: tumoreen kokapen horren **bigarren mailako prebentzioa** aztertzen hasi da, 2007. urtean zehar minbizi horren populazio-baheketa posibleari dagokionez erabakiak hartu ahal izateko asmoz.
- Zainketa Aringarrietako Planaren Lurralde Garapena.
- Tumoreen Ospitaleko Erregistro Sistemaren hobekuntza.
- Linfedemak prebenitzeko mastektomia osteko errehabilitazioaren hobekuntza.
- Zainketa Aringarrietako Praktika Klinikoko Gidaren prestaketa, hedapena eta ezarpena.

Gaixotasun kardiobaskularra:

- Gaixotasun koronarioa edo garuneko iktusa duten pertsonen arrisku-faktoreen kontrol egokia Lehen Mailako Atentzioan.
- Lehen Mailako Atentzioaren eremuan arrisku kardiobaskular altua duten gizabanakoen detekzioa eta kontrola hobetzea.
- Garuneko iktusaren eta kardiopatia iskemikoaren errehabilitazioa hobetzea.

Osasun mentala:

- Paziente psikotikoen familiei atentzio espezifikoa ematea.
- Patologia mental larria duten gazteen atentziorako sarbidea erraztea, 14 eta 20 urte bitarteko adin-zerrendan baliabideak berrantolatuz.
- Adineko ahularen beharrak aztertzea eta narriadura kognitiboa duen pazientearen behar sozialen, medikoen eta erizaintzakoaren ebaluazio integral bat sistematikoki egitea bultzatzea.

Diabetesa:

- Diabetesaren Praktika Klinikoko Gidaren prestaketa, hedapena eta ezarpena.
- Erretinopatia diabetikoaren kontrola, erretinografo ez-midiatrikoaren bidez.

Desberdintasun sozialak osasunean:

- Zuzentasuna aztertzea, ama eta umearentzako atentzio sanitarioan eta hipertentsioan.

Programa Kontratua sustatzea, asistentziaren kalitatea ebaluatzeko eta hobetzeko tresna gisa.

Sektore artekoak

Tabakoa, alkohola eta legez kontrako drogak:

- Inplikaturako instituzioekin (Hezkuntza Saila, Udaletxeak, Droga Gaietako Zuzendaritza) lankidetzarako bideak eta mekanismoak ezartzea.

Jarduera fisikoa eta elikadura osasungarria:

- Hezkuntza Sailarekin, Aldundiarekin eta Udaletxeekin sustapen-kanpainak egitea. Bizitza Osasungarrirako Plana, Oinez Bizi eta Eskola-kirola bultzatzea.

Gaixotasun kronikoen errehabilitazioa:

- Zerbitzu espezializatuetan berreskuraturako funtzioen mantentzearen alde egitea, sektore sanitario eta sozialen arteko koordinazioarekin, pertsona horiek komunitatean ahalik eta ondoen integratzeko baliabide egokiaren erabilera optimizatuz.

Zainketa Aringarriak:

- Arduradun sozio-sanitarioekin erakundeetan dauden pertsonen atentzioaren kalitatearen hobekuntza koordinatzea. Zainketa Aringarrietako Planak etengabeko prestakuntza, koordinazioa eta antolamenduari dagokionez sortutako jarduketa-sinergiak faboratzea.

Ume eta gazteen trastorno larriak:

- Ume eta gazteek izaten dituzten trastornoen arduratzeko asistentzia-egituren garapenean aurrera egitea, Hezkuntza Sailarekin lankidetzan arituz.

Patologia psiko-organiko larria duten helduak eta adinekoak:

- Egonaldi luzeko ospitale psikiatrikoetaraino asistentzia-egitura sozio-sanitarioetako atentzioa berrantolatzea.

Desberdintasun sozialak osasunean:

- OIE tresnaren sailen arteko garapena, politika ez-sanitarioen osasun inpaktua ezagutu eta ebaluatzeko.

ERANSKINA

Txosten hau egiteko, honako dokumentu hauek kontsultatu dira:

- Osasun Plana 2002 – 2010.
- EAEko Osasun Inkesta 2002.
- Osasun Plana 2002 – 2010: 2006-2007 denboraldirako lehentasunak.
- Ospitaleko Alten Erregistroko urteroko txostenak. 2002, 2003, 2004.
- Osasun Publikoaren urteroko txostena. 2004, 2005.
- Hilkortasuna EAEn. 2002, 2003, 2004.
- EAEko Informazio mikrobiologikoko sistemaren urteko txostena. 2005.
- Nutrizio Inkesta 2005 (4 urtetik 18 urtera bitarteko euskal biztanleria).
- EAEko laneko Ezbehar-tasaren txostena 2005.
- Osakidetza: 2004ko memoria, 2005eko memoria.
- Hiesa Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planeko dokumentuak.

TAULEN ERANSKINA

¹ 1989. urtea

² 1997. urtea

³ 1998. urtea

⁴ 1999. urtea

⁵ 2000. urtea

⁶ Tasa x 100.000 Europako biztanleria estandararen adinaren arabera doitu. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa

⁷ Tasa x 100.000 langile. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa

⁸ Biztanleria osoaren portzentajea. 1997. urtea

⁹ Tasa gordina x 100.000. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa

¹⁰ Ez daukagu informazio zehatzik.

¹¹ 1997-98 hiru urteko batez bestekoa

¹² 1996-97 bi urteko batez bestekoa

¹³ Tasa x 1.000 bizirik jaiotakoak. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa

¹⁴ Tasa x 1.000 jaiotakoak. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa

¹⁵ 1996-00 lau urteko batez bestekoa

¹⁶ Tasa x 1.000 langile, enpresen jarduera ekonomiko motaren arabera estandarizatu. 2000. urtea