

# PAZIENTEAREN SEGURTASUN ESTRATEGIA

## 20 20



Argitaratzailea: Osakidetza. Araba, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz

Argitaraldia: 1., 2018ko Urtarrila

© Osakidetza 2018  
Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa

Internet: [www.osakidetza.euskadi.eus](http://www.osakidetza.euskadi.eus)

e-mail: [coordinacion@osakidetza.eus](mailto:coordinacion@osakidetza.eus)

D.L.: BI-317-2018

PAZIENTEAREN  
SEGURTASUN  
ESTRATEGIA

20 20





## AURKEZPENA

Herrialde garatuetako gizarte aurreratuetan, pazientearen segurtasuna osasun-laguntzaren berezko elementua da. Bizi garen inguruan eta XXI. mendean, herritarrek uste dute pazienteek jasotzen duten arretak segurua izan behar duela, haienzako ondorio txarrik gabea. Nolanahi ere, profesionalen prestakuntza gorabehera, eta gero eta aurreratuagoa den teknologia eskura izanik ere, badira arriskuak, segurtasun-gertakari anitzetan gauzatzen direnak.

Gehienetan, segurtasun-gertakariak ez diote pazienteari kalterik egiten; beste batzuetan, ordea, kalteak eragin diezazkioke. Kontrako gertakari deritze halakoei, eta ondorio larriak ekar ditzakete berekin. Istripuok hainbat laguntza-jarduerarekin lotu daitezke, bai eta arlo ezberdinetan jazo ere. Beraz, eta zoritxarrez, askotarikoak dira aukerak, besteak beste: osasun-laguntzarekin uztarturiko infekzioak, prozedura kirurgikoekin zerikusia duten gertakariak, pazientea identifikatzeko akatsak nahiz farmako jakin batzuk emateari lotutako gertakariak.

Pazientearen segurtasunaren kontzeptua gure zibilizazioaren hastapenetan ere bazegoen, eta bat dator guztiz “*primum non nocere*” printzipio hipokratikoarekin. Logikaren arabera, hortaz, pazienteari inolako kalterik ez egitea da laguntza-prozesu ororen lehentasun nagusia.

Gaur egun pazientearen segurtasuntzat hartzen duguna, hots, segurtasunaren kultura sustatzera zein segurtasun-gertakariak murriztera bideratutako jarduera, ekintza eta proiektu multzoa, kontzeptu berriagoa da, zalantzarik gabe.

Izan ere, Osasunaren Mundu Erakundeak (OMS) 2004an jarri zuen abian Pazientearen Segurtasunerako Munduko Aliantza; hasieran, eskuetako higiena, kirurgia segurua eta mikrobioen kontrako erresistentziari aurre egitea zituen helburu itun horrek.

Orobat, 2006. urtean, Europar Batasunak segurtasunaren alorreko esparru politiko bat ezarri zuen, baita abiarazi ere gertakarien berri emateko sistemen hedapena. Aldi berean, gehiago sakontzen da kontrako gertakarien epidemiologiari buruzko ezagutzan; horretarako, berariazko ikerketak egin ziren Batasuneko hainbat estatutan. Gure inguruan, ENEAS azterlana ospitaleko eremuan garatu zen, eta APEAS, berriz, Lehen Mailako Arretan.

Pazientearen segurtasuna, beraz, lehentasunezko osasun-programa bilakatu da herrialde garatuetan azken hamar urteotan.

Euskadin, bestalde, behar bezala sendotutako lan-ibilbidea dago lehendik, arlo ezberdinetan, besteak beste:

- Osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioen prebentzioa eta kontrola (INOZ plana).
- Transfusio-segurtasuna.
- Jardunbide egokiak erizaintzako zainketa jakin batzuetan.
- Babes erradiologikoa.



Hala ere, 2013an argitaratu zen zabalkunde publikoko lehen dokumentua; bertan jasotzen dira euskal osasun-sistema publikoak pazientearen segurtasunaren arloan sustatzen dituen proiektu desberdinak. 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategia da, hain zuzen ere. Osasun Sailak eta Osakidetzak etengabe hobetzeko egiten duten ahaleginen adierazle da argitalpen hori. 300 profesionalak baino gehiagok hartu zuten parte zuzenean, eta zenbait lorpen izan ziren, besteak beste:

- Besoko korporatibo bat ezarri zen Osakidetzan, pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko.
- Jaioberrien segurtasunerako protokolo berria.
- Pertsonak beren segurtasunean parte hartzeko kanpaina, Estatuan aitzindari.

2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategiak, bestalde, kontuak emateko konpromisoa ere ekarri du berekin; horren ondorioz, ebaluazio bat jarri da hiritar guztien eskura.

2017-2020 legealdian, xedea da ekintza-ildoan eta ezarritako proiektuen jarraitutasuna bermatzea; horretarako, beharrezkoa da azken urteotan ikasitakoa eranstea, bai eta erronka berriak hartzea ere, esaterako, bigarren eta hirugarren biktimei nahiz larrialdi-eremuetako berariazko arazoei heltzea. Hala, legealdi honetarako Osasun Sailaren ildo estrategikoetan, Osasun-sistemaren jasangarritasuna eta modernizazioa atalean, 2017-2020 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategia ezartzen da konpromiso gisa.

Ezinbestekoa da osasun-sistemak eta hiritarrek baterako ahaleginak egitea denbora luzez pazientearen segurtasuna etengabe hobetzeko, emaitzak, hein handi batean, epe ertain zein luzera erdie-tsiko baitira.

Hori dela eta, estrategia berri honekin, Osasun Sailak eta Osakidetzak lanean jarraituko dugu pazientearen segurtasunaren kultura gogotsu sustatzeko gure gizartean.

## **Jon Darpón Sierra**

Osasuneko sailburua



## AURKIBIDEA

<b>AURKEZPENA</b> .....	5
<b>EGOERAREN AZTERKETA</b> .....	8
<b>ESTRATEGIAREN HELBURUAK</b> .....	23
<b>KOMUNIKAZIOA ETA KOORDINAZIOA PAZIENTEAREN SEGURTASUNA HOBETZEKO</b> .....	24
<b>EKINTZA-ILDO KORPORATIBOAK</b> .....	26
1. El. Segurtasun-gertakariak kudeatzea .....	27
2. El. Bigarren eta hirugarren biktimei arreta ematea .....	32
3. El. Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzea .....	37
4. El. Pazienteek beren segurtasunean parte hartzea .....	40
5. El. Medikazioaren kontziliazioa .....	45
6. El. Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzea .....	47
7. El. Transfusio-segurtasuna .....	50
8. El. Osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioen prebentzioa eta kontrola .....	54
9. El. Kirurgia segurua .....	67
10. El. Haurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza-prozesuko segurtasuna .....	71
11. El. Pazientearen segurtasuna larrialdi-zerbitzuetan .....	77
12. El. Pazientearen segurtasuna zainketei dagokienez .....	82
13. El. Medikazioa erabiltzearen inguruko jardunbide egokiak .....	88
14. El. Jardunbide egokiak desnutrizio-arriskuan dauden ospitaleratutako pazienteengan .....	91
15. El. Eragindako gernu-inkontinentzia prebenitzeko jardunbide egokiak .....	94
<b>PRESTAKUNTZA</b> .....	97
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	100
<b>INTERNETEKO BESTE ITURRI INTERESGARRI BATZUETARAKO SARBIDEA</b> .....	110
<b>1. ERANSKINA. ESTRATEGIAREN SEGIMENDUA ETA EBALUAZIOA</b> .....	112



## EGOERAREN AZTERKETA

Osakidetzak entzute handia lortu du bere osasun-zerbitzuen kalitatea eta segurtasuna direla eta. Asistentzia sanitarioa gero eta konplexuagoa izateak, baina, zenbait arrisku ditu berekin; horregatik, pazienteen segurtasuna ere areagotu behar dugu nahitaez.

Alde horretatik, Osakidetzak urte askoan lan egin du pazienteak babesteko erremintak eta protokoloak prestatzen; hori dela eta, Pazientearen Segurtasuna ez da orain artean ezagutu ez dugun asistentzia-kalitatearen adarra.

Pazientearen segurtasuna lehentasuna da Osasun Sailarentzat, bai eta gure helburuetako bat ere, eta halaxe jaso da 2013-2020 aldirako Osasun Planean<sup>1</sup> (Ahalik eta segurtasun kliniko gehien sustatzea osasun-laguntza ematean) eta 2017-2020 aldirako Osakidetzaren erronka eta proiektu estrategikoe-tan<sup>2</sup> (Pazientearen segurtasunaren kultura errotzen laguntzea Osakidetzan, aurretik dauden ekintza-lerroetan sakonduz eta proiektu berri eta garrantzitsuak garatuz). Osasunari dagokionez lehentasuna izateaz gain, pazientearen segurtasuna funtsezkoa da sistemaren iraunkortasunari euste aldera.

Jaurlaritzaren ekintza espezifikoekin, Osasun Planarekin eta Osakidetzaren ildo estrategikoekin bat, Osakidetzako 2013-2016<sup>3</sup> aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategia sortu zen. Osakidetzak epe horretan erakunde osorako sustatu eta garatu nahi zituen ekintza-ildoak jasota geratu ziren zabal-kunde publikoko lehen dokumentua zen huraxe; dokumentuak, batetik, jarraitutasuna ematen zien erakundeko pazientearen segurtasunaren ibilbideari eta, bestetik, oraingo egoerari erantzuten zion. Dokumentu hartan jasotako estrategia erreferentzia baliagarria izan da paziente, profesional eta sa-reko zuzendarientzat. Etengabe hobetzea eta gure autonomia-erkidegoko hiritarrei ahalik eta osasun-laguntzarik seguruen ematea ditu helburu aipatutako estrategiak, eta pazienteen segurtasuna hobe-tzearen aldeko apustu sendoa egiten du.

2013-2016 aldirako estrategiak honako xede hauek sustatu ditu: pazientearen segurtasuna funtsezko elementu izatea asistentzia sanitarioan; kontrako gertakarien arriskua murriztea; gastua arrazionali-zatzeko behar-beharrezkoa den politika eta kalitate eta segurtasun handiko osasun-laguntza batera-garri egitea; teknologia berrien bultzadaz baliatzea litezkeen segurtasun-hutsuneak gutxitzeko; eta pazientearen segurtasunaren arloan erdietsitako esperientzia antolamendu-egoera berrira egokitzea, arreta integratuaren ereduaren barnean (Erakunde Sanitario Integratuak).

Eskura dugun ebidentzia zientifikoa eta pazientearen segurtasunaren arloko nazioarteko zein estatuko jarraibideak oinarri hartuta, eta 2013-2020 aldirako Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Osasun Planari nahiz 2013-2016 aldirako Osakidetzaren ildo estrategiko eta ekintza-planei jarrai-kiz, berariazko helburu eta segimendu-adierazle jakin batzuk zehaztu ziren 13 ekintza-ildoetako bakoitzerako:

1. Osasun-laguntzarekin erlazionaturako infekzioen (OLEI) prebentzioa eta kontrola.
2. Kirurgia segurua.
3. Haurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza-prozesuko segurtasuna.





4. Pazientearen Segurtasun-arloak Jakinarazteko eta Ikasteko Sistema (PSAJIS).
5. Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzea.
6. Medikazioa ematearekin lotutako jardunbide egokiak.
7. Erizaintzako zainketekin lotutako jardunbide egokiak.
8. Transfusio-segurtasuna: odol-osagaien eta ehunen emaileak eta hartzaileak.
9. Pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza.
10. Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzea.
11. Medikazioaren kontziliazioa.
12. Pazientea asistentzia sanitarioaren segurtasunean inplikatzeko.
13. Gernu-kateterrari lotutako gernu-traktuko infekzioak murriztea.

Osakidetzako 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategia hedatzeko, erakunde osoari eragiten dion partaidetza-eredu bat ezarri zen, Osakidetzako Pazientearen Segurtasunaren Estrategia definitzeko, ebaluatzeko, berrikusteko eta hura zerbitzu-erakunde guztietan zabaltzeko helburuz. Horretarako, Osakidetzako ahalik eta profesional gehienek parte hartu behar zuten.

Besteak beste, oinarri hauek izan ditu ereduak: Osakidetzako zuzendaritzaren lidergoa; zerbitzu-erakunde bakoitzeko zuzendari-taldearen esku-hartze eta sintonia; partaidetzan oinarritutako ikuspegi eta sare-lana; malgutasuna, baterako esparru batean zerbitzu-erakunde bakoitzaren espezifikotasunak, lehentasunak eta erritmoak errespetatu daitezkeen; planifikatutako komunikazioa, erakunde osoan zehar zabalduta; eta etengabeko hobekuntza ardatz duten segimendu eta ebaluazioa.

Badira segurtasunaren arloan eginkizun garrantzitsua duten edo izan dezaketen zenbait eragile, Osakidetzan zein handik kanpo: Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, Osakidetzaren Zuzendaritza Nagusia (Zuzendaritza Kontseilua, Osasun Laguntzako Zuzendaritza, Pazientearen Segurtasunaren Zuzendaritza Batzordea, Osasun Publiko eta Pazientearen Segurtasun Programetako Koordinazio Taldea, proiektu korporatiboak garatzeaz arduratzen diren berariazko lantaldeak), Osakidetzako zerbitzu-erakundeak (Zuzendaritza Taldeak, Segurtasun Erreferenteak, Segurtasun Batzordea, tar-terko agintariak: zerbitzu-buruak, ikuskatzaileak, unitate-buruak, prozesuetako arduradunak, etab.; profesional guztiak) eta beste eragile batzuk, adibidez, Zientzia Sozietateak, Medikua eta Erizain Elkargoak, Pazienteen Elkarteak eta gizarte-arloko edota arlo soziosanitarioko erakundeak.

Gaur egun, Osakidetzak 300 pertsona baino gehiago ditu Segurtasun Estrategiaosatzen duten ekintza-ildoak aurrera eramaten, dela segurtasuneko erreferente gisa beren zerbitzu-erakundeetan, dela jardueren bakoitzeko taldeetan parte hartuz. Profesional guztien esku-hartze, konpromiso, partaidetza eta lidergoaren bitartez lortzen da osasun-laguntzaren segurtasuna hobetzea.

2013-2016 aldirako Estrategiaren helburu nagusietako bat izan da pazientearen segurtasuna asistentzia sanitarioako oinarri bihurtzea, segurtasunaren kulturari eustearren. Horretarako, kultura hori hobetzera zuzendutako jarduerak garatu dira, besteak beste, profesionalen prestakuntza, kalterik gabeko gertakarien berri emateko sistemaren garapena, jardunbide seguruen ezarpena eta pazienteen eta hiritarren esku-hartzea.



Gure erakundeetan segurtasunaren kultura garatzeko eta horri eusteko xedez, proiektu bat jarri dugu abian, galdeketa baten bidez aukera emango duena, batetik, pazientearen segurtasunari dagokionez Osakidetzako profesionalek dituzten balio, jarrera, pertzepzio eta jokabide-ereduak ezagutzeko eta, bestetik, horien gaineko kontzientzia-zioa handitzeko. Azterketak bide emango digu indarguneak eta hobetzeko aukerak antzemateko, baita denbora igaro ahala gertatzen diren aldaketak zein esku-hartze eta programa jakin batzuen eragina ebaluatzeko ere, zehaztutako oinarri-egoera abiapuntu hartuta.

“Osakidetzako 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategiaren ebaluazioa” biltzen duen dokumentu bat prestatu da duela gutxi.

Jarraian, 2013-2016 aldirako Estrategian lehenetsua emandako ekintza-ildoen oraingo egoerari buruzko laburpena jasotzen da.

## 1. EI: OSASUN-LAGUNTZAREKIN ERLAZIONATUTAKO INFEKZIOAK (OLEI) PREBENTZIOA ETA KONTROLA

OLEI prebenitzeko eta kontrolatzeko ekintza-ildoak ibilbide luzea du, eta lehenetsunezko helburua izan da orain dela asko gure autonomia-erkidegoan. INOZ plana (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana) nabarmendu beharra dago. 1990ean jarri zen abian, eta Osakidetzako erakundeetan egin eta egiten diren OLEI zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko jardura guztiak hartzen ditu barnean. Aipagarriak dira, bestalde, Zainketa Intentsiboko Unitateetan OLEI prebenitzea xede duten proiektuak, hots, Bakteriemia zero eta Pneumonia zero, Osasun Sistema Nazionalean garatu zirenak autonomia-erkidegoekin elkarlanean.

### INOZ plana

Garatutako ekintzen eta lorpenen artean, honako hauek daude:

- “Isolamendu-protokoloa: Erakunde Sanitario Integratuetan infekzioen kutsadura prebenitzeko gomendioak”. Dokumentuari hainbat material eranstean zaizkio, profesionalei zein pazientei banatzeko (informazio-triptikoak, kartelak, pazientearentzako informazio-orriak).
- OLEI zaintzeari buruzko azterketak:
  - Infekzio nosokomialaren prebalentziaren analisia, EPINE azterketaren bidez. Urtero egiten da azterketa, Estatuan, eta Osakidetzako paziente akutuen eta egonaldi ertain-luzeko ospitale guztiek hartzen dute parte.
  - Infekzio nosokomialaren intzidentzia-analisia INOZ lantaldeak adostutako prozedura kirurgikoetan. Zaintza epidemiologikorako prozedura kirurgikoak berrikustea eta zaintza zabaltzea alta eman ondoren (30 egun kolon-ondesteko kirurgian eta 90 egun aldakaren eta belaunaren kirurgia protesikoan, Disease Control and Prevention zentron irizpideei jarraikiz), zauri kirurgikoaren adierazleak zein estandarrak eguneratze aldera.
  - Ospitaleetako egonaldi ertain-luzeetan gerneru-zundaketari lotutako infekzioen intzidentziak aztertzea.



- Bi lantalde martxan jartzea, dokumentu hauek garatzeko:
  - “Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua” eguneratzea.
  - Esterilizazio-gida korporatiboa eguneratzea.
- Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana (PVPCIN)

2013an, Infekzio nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planaren ebaluazioa egin da Osakidetzako paziente akutuen eta egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan. Ebaluazio hau bi fasetan garatu zen: lehenengoan, hau da, autoebaluazioan, PVPCINi buruz bidalitako galdeketa bete zuen ospitale bakoitzak; bigarren fasean, berriz, bisitaldi itunduak egin ziren ospitale guztietara. Bisitaldien ostean, emaitzen txosten bat prestatu zen ospitale bakoitzeko, eta, horrez gain, indarguneak eta hobetzeko alorrak ere bildu ziren.
- Eskuetako higieena:
  - Osakidetzaren ospitaleetako eskuetako higiearen adierazleen bilketa urtero koordinatzea, Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Eskuetako Higiearen Programarako.
  - Eskuetako Higiearen Mundu Egunean (maiatzak 5) urtero parte hartzea.
  - Eskuetako higieena OMEren ereduaren arabera betetzen den egiaztatzeko ikastaro bat egin da behatzaileak akreditatzeko.
  - Eskuak behar bezala garbitzen direla ziurtatzeko adierazle bat bildu da 2016ko Programa Kontratuan.

## OLEI prebenitzea Zainketa Intentsiboko Unitateetan (ZIU)

- **Bakteriemia zero (2009-2010)** eta **Pneumonia zero (2011-2012)** proiektuek kateterrarekin lotutako bakteriemia-tasak eta aireztatze mekanikoko pneumoniaren tasak murriztea lortu dute, hurrenez hurren. Hala, proiektuaren bi adarretan ZIUetako profesionalak gogotsu parte hartzeari esker (ebidentzian oinarrituta neurri sorta bat aplikatzea eta segurtasun integralerako plana), proposatutako helburuak lortu dira. Infekzio-tasen murrizketari eustea izan da profesionalen erronka, eta oraindik ere bada.
- Aurreko proiektuak bezala, **Erresistentzia zero (2014-2016)** proiektua ere Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak sustatu du, Kalitate eta Kohesioko Zuzendariordetza Nagusiaren bitartez eta autonomia-erkidegoekin lankidetzan. Helburu nagusia zen jatorri nosokomialeko Bakterio Multierresistente (BMR) bat edo gehiago pairatu duten pazienteen tasa % 20 murriztea Paziente Kritikoaren Unitateetan (PKU). Bigarren mailako helburuak ziren, besteak beste: PKUetako BMRen mapa deskribatzea, hango segurtasunaren kultura sustatzea eta indartzea eta segurtasun-neurri eraginkorrak ezarri dituzten PKUen sare bat sortzea.

Bakteriemia zero eta Pneumonia zero proiektuetan parte hartu zuten erakundeetako zerbitzu batzuk ere izan dira proiektu horretan (Donostialdea ESI, Bilbo Basurtu ESI, Ezkerraldea Enkarterri Gurutzeta ESI, Barrualde Galdakao ESI eta Araba ESI), baita Barakaldo Sestao ESI ere. Proiektu konplexua izan da, eta parte hartu duen ospitale bakoitzera egokitu behar izan da. 2016ko azaroan proiektuaren azken emaitzak aurkeztu ziren.



## 2. EI: KIRURGIA SEGURUA

OMEren Pazientearen Segurtasunerako Munduko Aliantzaren “Kirurgia seguruak bizitzak salbatzen ditu” munduko erronkaren barnean garatutako estrategien artean, azpimarratzekoa da segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ), Osakidetzak erantsita duena dagoeneko laguntzarako informazio-sistemetan.

Hauek ziren 2013-2016 aldirako Estrategian mahaigaineratu ziren xedeak, besteak beste: kirurgia handia eskaintzen zuten zerbitzu-erakunde guztietan SKEZ erabiltzea, horren erabileraren ebaluazioa eta segimendua sustatzea eta hura modu eraginkorren erabiltzen zen egiaztatzea.

Garatutako ekintzen eta lorpenen artean, honako hauek daude:

- SKEZ kirurgia mota ezberdinetara egokitzea: kirurgia handia, kirurgia txikia eta oftalmologia (fakoemulsifikazioa-begi lausoaren xurgapena).
- “Kirurgia segurua” izeneko erreferentzia-taldea eratzea, gai horretan adituak diren profesionalen osatua; zerbitzu-erakundeetan euskarri gisa jarduten du egiaztatzeko zerrendarekin bat egiteko.
- Proposamen korporatibo bat prestatzea, SKEZrekiko atxikipena sustatzeko eta hobeto betetzeko.
- SKEZ Programa Kontratuaren helburuekin lotzea, ezarpenaren esparruan, eta kirurgian erabiltzeko.

## 3. EI: HAURDUNALDI-ERDITZE-PUERPERIOKO LAGUNTZA-PROZESUKO SEGURTASUNA

2014an 2013-2016 aldirako Estrategian jasotako ikuspuntua aldatu zen ildo horretan. Horren harira, lehentasuna eman zitzaion zenbait helbururi, besteak beste: haurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza-prozesuko segurtasuna areagotzea, kontrako gertakariak gertatzeko aukerak gutxitze aldera; praktika klinikoaren aldakortasuna murriztea, prozedurak sistematizatuta eta prozesuotarako protokoloak sortuta; eta Lehen Mailako Arretan Osabide Global aplikazioa ezartzeko helburu estrategikoan lankidetzan jardutea, emakume haurdunaren, erditzearen, puerperioaren eta jaioberriaren arretaren historia klinikoa garatzeko.

Horretarako, Osakidetzaren erakunde guztietako ama-umeen arretarako zerbitzuek parte har dezaten bermatu da, bai eta hobetzeko taldeak eratu ere, arlo horretan adituak diren profesionalekin, gertakari buruzko analisi xehatuari heltzeko helburuz, modu erreaktibo eta proaktiboan. Horretarako, hobetzeko aukerak antzematen dira, zuzentzeko jarduerak burutzen dira eta, ondorioz, beren maiztasuna gutxitzen da; halaber, osasun-profesionalen ekarpenak bideratu dira, informazio-sistemak hobetzeko sinergiak ezarrita.

Ama-umeen prozesuari ekiteko sortu diren taldeetan, haurdunaldiaren, erditzearen, puerperioaren eta jaioberriaren arretaren prozesuaren fisiologiari eusteko premia ezarri zen, protokoloen oinarria izan zedin; hori dela eta, amarentzako zein jaioberriarentzako beharrezkoak ez diren esku-hartzeak



alboratu zitezen onartu zen, iatrogenia saiheste aldera. Nabarmentzekoa da hobekuntza-taldeotan laguntzaren alorreko profesionalak ez ezik laguntza-kudeaketako hainbat mailatako profesionalak ere parte hartzen dutela.

Ekintza-ildo honetako jarduketan eta lorpenen artean, honako hauek daude:

- Haurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza-prozesuko segurtasunerako erreferentzia-taldea sortu da. Jaioberriaren segurtasun klinikorako protokoloa ama-umeen arretarako eremuetan prestatu eta zabaldu da, gertakari zelataririk jazotzeko arriskuak gutxitzearen. Protokoloari esker, zainketen % 88 eta % 100 artean ohean egiten dira, eta, posible ez den kasuetan, gurasoak/familia bertan egotea bermatzen da. Protokolo hau, bestalde, 2014ko ideia onena bezala aukeratu zuen Diario Médico-k, kudeaketaren alorrean.
- Diziplina anitzeko lantalde ugari sortu dira, ekintza-ildoaren azpiprozesuei lotutako zenbait protokolo adostu eta definitzeko, gertakarien analisiari modu proaktiboan heltze aldera:
  - Jaioberrien arreta hobetzeko taldeak Jaioberri osasuntsuari erditzean eta puerperioan arreta emateko protokoloan jasotzen diren arreta onerako irizpideak garatu ditu, segurtasunaren kulturarekin loturiko protokolo eta prozedurekin batera; aipatzekoak dira, adibidez, jaioberria identifikatzea, zaintzea eta jaioberriaren historia klinikoa sortzea.
  - Puerperioaren arreta hobetzeko taldeak arreta on eta segurtasun klinikorako irizpideak adostu ditu, *Puerperioan arreta emateko protokoloa eta prozedurak* agirian jasotzen direnak.
  - *Jaioberria elikatzeko protokoloa* prestatzeko, jaioberrien elikadura hobetzeko taldeak kontuan izan ditu EAEko Osasun Sailaren 2013-2020 aldirako Osasun Planean amagandiko edoskitzeari buruz jasotako jarraibideak eta OMEk, UNICEFek, IHANek eta beste erakunde zein aditu batzuek emandako gomendioak, amagandiko edoskitzea jaioberrien zein ume txikien elikadura egokia dela sustatzeko. Protokoloan jaioberriaren eta amaren segurtasunari lotutako irizpideak ere sartu dira, amagandiko edoskitzerako zein formula bidezko elikadurarako.

Protokoloak erakunde-mailan baliozkotu eta onetsi ondoren, Osakidetzako ama-umeen arretarako eremu guztietan zabaldu eta ezarriko dira.

Segurtasunaren kulturaren garapenak, ikaskuntzak eta jardunbide egokien ezarpenak aukera ematen digu erakunde eta ama-umeen arretarako eremu ezberdinetako langileoi garatu eta ezarri beharreko ekintzak antzematen jarraitzeko, ama eta jaioberriaren asistentzia sanitarioari lotutako gertaera txarrak murrizte aldera.

Zentzu horretan, profesional adituen partaidetza sustatzen jarraituko da protokoloak eta prozedurak prestatzeko, haurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza-prozesuko segurtasunaren kultura bultzatzen jarraitzeko helburuz.



#### **4. EI: PAZIENTEAREN SEGURTASUN-ARLOAK JAKINARAZTEKO ETA IKASTEKO SISTEMA (PSAJIS)**

2004. urteaz geroztik, OMEren Pazientearen Segurtasunerako Munduko Aliantzak segurtasun-gertakarien berri emateko sistemak izateko beharra mahaigaineratu izan du; izan ere, gertakariok aztertuta, aukera izango dugu sistematan zerk egin duen huts jakiteko eta akatsetatik ikasteko, horren arabera jardun eta osasun-laguntzako segurtasuna hobetuko duten neurriak ezartzearen.

Osakidetzaren Pazientearen Segurtasun-arloak Jakinarazteko eta Ikasteko Sistema (PSAJIS) kalterik gabeko gertakarien berri emateko sistema da; erakundeko profesional guztiek dute tresna korporatibo horren bidez gertaerok jakinarazteko aukera. Aplikazioari esker, errazagoa da jakinaraztea, gertakariari buruzko informazioa biltzea, horren zergatiak aztertzea, esperientzia abiapuntu hartuta ikastea eta aintzat hartu beharreko jardunbide egokiak gomendatzea. Bestalde, komunikazioa eta profesionalen asistentzia sanitarioaren ondoriozko arriskuen kudeaketaren gaineko esku-hartzea sustatzen ditu erremintak.

Garatutako ekintzak eta lorpenak:

- PSAJISi dagokionez:
  - PSAJISen erabilera-gidaliburua prestatzea, profesional guztiek erabil dezaketena erakundearen intranetean.
  - Erreminta erabiltzeko prestakuntza eta babes ematea erreferenteei eta hura zerbitzu-antolakuntzetan zabaltzeko laguntza.
  - Emaidza-txostenak egitea eta aldizka hedatzea.
- Segurtasun-erreferenteei berriazko prestakuntza ematea gertakarien analisiari buruz, gertakariak kudeatzeko ikastaroaren bitartez.
- Erakunde guztietako PSAJISen erreferenteekin aldi-aldi biltzea, esperientziarik didaktikoenak partekatze eta deribatutako ekintzen hedapen korporatiboan sustatzeko.
- “Kontrako gertakariak kudeatzeko gomendioen gida” prestatzea.

#### **5. EI: ERRADIAZIO IONIZATZAILEA ERABILTZEN DUTEN PROBA DIAGNOSTIKOEN PRESKRIPZIOA OPTIMIZATzea**

2010ean, Osakidetzak proiektu bat ipini zuen abian umeen artean erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzeko, kontuan izanik kolektibo hori bereziki sentibera dela erradiazioaren eragin kaltegarriekiko. Honako hauek ziren helburuak: diagnostikorako erradiazioaren erabilera arrazionalizatzea, ahalik eta dosi txikiena emanda; banakako eta taldekako dosien adierazleari buruzko datuak ematea; eta mediku preskribatzaileak eta erradiologoak arazoarekiko sentsibilizatzea, babes erradiologikoaren esparruan.

Testuinguru horretan, Osakidetzaren paziente guztien historia kliniko elektronikoan historia dosimetrikoa izeneko atal bat txertatu zen, eta, bertan, proba mota honetan jasotako erradiazio-dosiari buruzko datuak jasotzen dira. Ordenagailu bidezko tomografiak erradiazioarekiko esposizio handiagoa



dakarten diagnosi-miaketak dira, eta horregatik erantsi ditugu aurrena proiektu honetan.

2013-2016 aldirako Estrategian, bi izan ziren ekintza-ildo horrekin loturiko helburu nagusiak: batetik, kontzientziazio- eta sentsibilizazio-programa bat garatzea preskripzioa optimizatzeko, erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoak egiten dituzten profesionali (laguntza-esparru guztietako preskribatzaileak eta erradiologoak) zein biztanleei oro har zuzenduta; bestetik, erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten beste proba diagnostiko batzuk txertatzea historia dosimetrokoan.

Horretarako, preskripzioa optimizatzeko lehendabiziko sentsibilizazio-fase bat egin da erradiazio ionizatzaileekin proba diagnostikoak egiten dituzten profesionalekin, adin pediatrikoko populazioari begira (laguntza-esparru guztietako preskribatzaileak, erradiofisikariak eta erradiologoak). 103 profesional bertaratu ziren guztira.

Beste proba batzuk eransteari dagokionez, egun amaitzen ari da historia dosimetrokoaren barruan mamografiatan jasotako erradiazioari buruzko datuak txertatzeko prozesua.

## 6. EI: MEDIKAZIOA EMATEAREN INGURUKO JARDUNBIDE EGOKIAK

Medikazioa erabiltzeari lotutako akatsak murriztea etengabeko hobekuntza-prozesutzat hartu behar da, non jardunbide egokiak sartu behar diren sendagaiak erabiltzeko katea osatzen duten faseetan. Gainera, osasun-profesionalak nahiz pazienteak inplikatu behar dira horren garapen eta ezarpenean.

2013-2016 aldirako Estrategian, eta heltzeko ikuspegi berria abiapuntu hartuta, lau sendagai-talde sartu dira, litekeen larritasunaren eta erabilera-maiztasunaren arabera hautatuta: ahotiko antikoagulatzaileak, intsulinak, zitostatikoak eta zain barneko potasioa.

Horiek erabiltzeko prozesuko etapa bakoitzean jardunbide egokien zerrenda sortu eta jardunbideok erakunde-mailan zabaltze aldera, diziplina anitzeko lau lantalde eratu ziren, bana sendagai-talde bakoitzeko.

- Zain barneko potasioa eta intsulina erabiltzeko jardunbide egokiei buruzko dokumentuak amaitu dira. Zabaltzeke daude oraindik.
- Ahotiko antikoagulatzaileei dagokienez, adostasuneko dokumentua amaitu da, eta egoki koagulatzen ez duten pazienteentzako gida garatzen ari da.
- Zitostatikoak erabiltzeko jardunbide egokien dokumentua ere garatzen ari da.

## 7. EI: ERIZAINZAKO ZAINKETEKIN LOTUTAKO JARDUNBIDE EGOKIAK

Ildo honetan, gure osasun-sisteman artatutako pazienteen presio-ultzeren eta erorketen intzidentzia eta prebalentzia murriztera bideratutako estrategia eta jarduera guztiak barne hartu ziren.

Ekintza eta lorpen hauek izan dira 2013-2016 aldirako Estrategian:

- Jardunbide egokien baliabide-mapa bat egitea presio-ultzerak kudeatzeko eta prebenitzeko.



- Hura oinarri hartuta, UPP-PEU Adi! ekimena diseinatu eta zabaldu da presio-ultzerak hobeto kudeatzeko; gaian adituak diren erreferente-talde baten lana ere baliagarri izan da.
- 2015eko apirilaren 29an, PEUen kudeaketako alderdi nagusiei buruzko eskola eman zuen arloan aditu den profesional batek. Saioa PEUetan aditu direnei eta zerbitzu-erakundeetako lantaldeetan inplikaturakoei zuzenduta egon zen, eta guztira 50 lagunek baino gehiagok parte hartu zuten.
- 2015ean, zerbitzu-erakundeen partaidetza koordinatu zen presio-ultzerak prebenitzeko mundu-jardunaldi bat egiteko azaroaren 19an, Iberoamerikako herrialdeek sustatuta.
- Eroriko Ez! ekimena zehaztu eta zabaldu dugu, ospitale-eremuan erorikoak saihestea hobeto kudeatzeko. Lantalde hori 2015eko abenduan hasi zen lanean, eta, gaur egun, inplikaturiko profil profesionalen ebaluazio, eduki eta prestakuntza-egituraren metodologia homogeneoa garatzen ari da, bai eta pazienteak eta zaintzaileak hezteko behar diren material eta edukiena ere.

## 8. EI: TRANSFUSIO-SEGURTASUNA: ODOL-OSAGAIEN ETA EHUNEN EMAILEAK ETA HARTZAILEAK

2001eko otsailean, transfusioetarako eta giza ehunez hornitzeko Euskal Autonomia Erkidegoko sarea antolatu zen. Azken helburua odol- eta giza ehunetik eratorritako bitartekoen kudeaketa- eta administrazio-egiturak hobetzea eta eguneratzea zen, EAEko herritarrei emandako osasun-prestazioen kalitatea hobetzeko, produktu horien eskuragarritasuna eta hornidura kalitate- eta segurtasun-baldintza egokietan bermatuta. Honako hauek osatzen dute sarea: Transfusio eta Giza Ehunen Euskal Zentroak, ospitaleetako odol-bankuek eta -gordailuek, giza ehunak lortzeko eta txertatzeko zentroek eta bankuek, eta transplanteak koordinatzeko Euskadiko taldeak.

Harrezkero, odol-osagaiak, ehunak eta zelulak erabiltzean segurtasun-neurriak ezartzea beti izan da gai garrantzitsua, eta hala izaten jarraitzen du Osakidetzan, baita neurri kliniko-epidemiologikoak, kontrol analitikokoak eta kalitate-sistemak ezartzera bideratutakoak ere.

Euskadiko transfusio-sarea Pazientearen Segurtasunerako Zuzendaritza Batzordearen parte da.

### Transfusio-sarearen antolaketa

Euskadiko transfusio-sareak transfusio-zentro batek bezala funtzionatzen du, osagaiak eta deribatuak hornitzen dituen EAEko ospitale-zentro guztietara.

Transfusioetarako oinarritzeko informazio-sistemak ODOLBIDE du izena, eta transfusio-sare osorako erreminta korporatiboa da. Datu-base bakarra egoteak aukera ematen du sareko pazienteen transfusio-historia eskura izateko; horri esker, gainera, EAEko edozein zentrotara jo dezakete pazienteek, eta sareko izakinak hobeto kudeatu daitezke. Zeharkako informazio horrek transfusioa jasoko duen pazientearen segurtasuna handitzen du, eta, era berean, kostuak optimizatzen ditu, hainbat proba analitiko saihesten baitira; halaber, transfusioan emateko osagaiak prestatzen ere denbora laburragoa beharko da, eta osagaia ematearen eta hartzearen arteko berehalako trazagarritasuna bermatzen da.





Sistemak behar bezala funtzionatzeko, ezinbestekoa da pazienteak okerrik egin gabe identifikatu ahal izatea. Identifikazio Korporatiboko Kodea (IKK) erabiltzen dugu datuak lortzeko eta transfusioarekin loturiko informazioa erregistratzeko; sareko zentroetan sartutako paziente guztien identifikatzeko behar bezala dago eskuragai informazioa.

## Hemozaintza

Euskal Autonomia Erkidegoak duela 15 urte dauka aktibo transfusioetan kontrako efektuak eta gertakariak aitortzeko sistema bat, eta Espainiako Hemozaintza Sistemari txertaturik dago 2007an sortu zenetik. Sistemak kontrako efektuen eta gertakarien 500 aitorpen baino gehiago biltzen ditu urtean transfusioekin loturik. Horietako gehienak efektu arinak eta eraginik gabeko gertakariak dira, baina informazio interesgarria ematen dute gure ospitaleetako funtzionamenduaren eguneroko martxa ulertu ahal izateko.

## Laborategietako eta hemoterapiako gida-plana

Orain lau urte, Euskal Osasun Zerbitzuko Zuzendaritzak hausnarketa- eta ebaluazio-aldi bat irekitzea erabaki zuen Euskal Autonomia Erkidegoko laborategien antolaketari buruz, eta hemoterapiaren antolaketara ere balioetsi zuen. Prozedura korporatibo erkide baterantz aurrera egiteko beharra nabarmendu zen odol-osagaien transfusioarekin loturik, zentro guztietan transfusio-ekitate bermatzeko, gutxienez honako alderdi hauek kontuan izanda:

- Transfusio-laborategietan ekipamendu- eta automatizazio-maila baliokideak eskura izatea.
- Sistemen arteko informazioa eta loturak modu solidoan bermatzea, betiere profesional kualifikatuak etengabe babestuta.
- Inplikaturako profesionalen prestakuntza espezifikoaren baldintzak optimizatzea.
- Teknologia berritzaile erkideak ezartzea, transfusioen segurtasuna handitzeko.
- Preskripzio elektronikoa lagundu bakarria ezartzea, historia klinikoan txertatuta.
- Beste teknologia batzuk kontuan hartzea: RFID, osagaien liberazio kontrolatua, etab.
- Sistemaren jasagarritasuna.

## Transfusio-prozedura korporatiboa

Osakidetza transfusioetarako prozedura korporatibo bat ezartzeko lanetan ari da buru-belarri, transfusioetan kalitate-estandar gorenak ezartzeko eta erakundearen zentro guztietan segurtasuna bermatzeko. Proiektu horretan, aurreikusita dago laborategiko probak eta ekipamenduak estandarizatzea, bai eta politika bakarria ezartzea ere berehalako informazioa igortzeko eta kohesioa emateko inplikaturako zerbitzu guztien artean. Historia kliniko elektronikoa zalantzarik gabe lagundu egiten du proiektuan jasotako gainerako erremintak garatzen; esaterako, preskripzio elektronikoa edota transfusioen segurtasunerako eredu komuna garatzen.



## 9. EI: PAZIENTEAREN SEGURTASUNARI BURUZKO PRESTAKUNTZA

Profesionalen prestakuntza faktore erabakigarria da segurtasun klinikoa hobetzeko prozesuan. 2013-2016 aldirako Estrategian, pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza bi ikuspegi abiapuntu hartuta egituratu da: bata, pazientearen segurtasunari buruzko oinarrizko prestakuntza eta, bestea, lehenetsitako ekintza-ildoen bidezko berariazko prestakuntza.

Garatutako ekintza guztietan lankidetzak estua izan da prestakuntzako zerbitzu korporatiboarekin.

Epe horretan, honako hauek egin dira:

- Pazientearen segurtasunari buruzko oinarrizko online ikastaroaren 7 edizio (euskaraz eta gaztelaniaz), profesional guztiei zuzenduta, pazientearen segurtasunaren eta gertakarien kudeaketaren alorretan hezteko eta sentsibilizatzeko helburuz. Osakidetzako langileen % 43,8k parte hartu dute orain arte ikastaroan.
- Asistentzia sanitarioarako eskuetako higienerari buruzko ikastaroaren 5 edizio (euskaraz eta gaztelaniaz), profesionalak asistentzia sanitarioan eskuetako higiene egokiari eutsi edo ekin diezaioten. Osakidetzako langileen % 50,1ek parte hartu dute dagoeneko ikastaroan.
- Eskuak OMEren metodologiari jarraikiz garbitzen direla egiaztatzeke aurrez aurreko ikastaroaren 2 edizio.
- Gertakarien kudeaketari buruzko ikastaro erdipresentzialaren 3 edizio, lurralde historiko bakoitzeko bana, zentro eta unitateetako segurtasun-erreferenteei zuzenduta. Ikastaroa orotara 66 lagunek gainditu dute.
- 4 sentsibilizazio-saio erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proben preskripzioari buruz; 103 profesionalak parte hartu dute guztira (pediatrek, erradiologoek, erradiofisikariek eta populazio pediatrikoaren asistentzia sanitarioan esku hartzen duten bestelako espezialistek, hain zuzen).
- Urtero-urtero Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak online eskainitako prestakuntza kudeatzen laguntzen da, segurtasun-gertakarien kudeaketarekin loturik, eta, horri esker, esparru horretan 19 lagun trebatu ahal izan dira.
- Urtero barneko langile egoiliarrek trebatzen jarduten da, bai medikuak, bai erizainak, familia eta komunitate espezializazioetakoak; hala, segurtasuneko oinarrizko kontzeptuei buruzko saioak egiten dira, Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasunerako programen koordinazioan txandakatuta.
- Segurtasun Estrategian bildutako denbora-tartean, pazientearen segurtasunari buruzko hiru jardunaldi antolatu dira: Gasteizen 2013an, Bilbon 2014an eta Donostian 2016an. Parte hartu duten profesionalen kopurua handituz joan da edizio bakoitzean, eta 2013an 350 izatetik 2016an 550 izatera igaro da. 2015eko irailaren 17an, Europar Batasuneko herrialdeek sustatutako Pazientearen Segurtasunaren Nazioarteko Eguna izanik, Osakidetzak Pazientearen Segurtasun Estrategiaren aurrerabideak eguneratzeko jardunaldi bat antolatu zuen zuzendaritza-taldee, segurtasuneko erreferenteei eta jarduera-ildoetako lantaldeetako kideei zuzenduta.



## 10. EI: PAZIENTEAK OKERRIK EGIN GABE IDENTIFIKATZEA

Eskaintzen dugun arretan segurtasun-gertakaririk ez izateko, guztiz funtsezkoa da osasun-zentroetan pazienteak behar bezala identifikatzea.

Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzea hiru ikusmolderekin aztertu da Osakidetzako Pazientearen Segurtasun Estrategian:

### 1. Ospitaleratutako pazientearen identifikazio fisikoa

Identifikatzeko besoko nahiz eskumuturreko bereizgarri bat erabiltzeak % 50ean murrizten ditu ospitaleratutako pazienteak nahastearekin lotutako erroreak.

Zerbitzu-erakundeetan erabilitako identifikazio-sistema ezberdinak eta eskuragai dauden protokoloak/prozedurak aztertutakoan, ospitale guztiak besoko edo eskumuturreko bakarraz hornitzeko lehiaketa zentralizatua antolatu zen, helduentzako, bularreko/eskola-adineko umeentzako eta jaioberrientzako neurri desberdinekin. Ospitaleratutako pazienteen identifikazio-prozedura bakarra adostu da. Eskumuturrekoaren eta identifikazio-prozeduraren eredu bakarra poliki-poliki hedatu eta ezarri da.

Ezaugarri bereziak direla eta, oraindik ere ez da ezarri Osasun Mentaleko egonaldi ertain-luzeko identifikazio-sistema egokirik eta ez dira bateratu ama eta jaioberria identifikatzeko sistemak ama-umeen arretarako eremuetan.

### 2. Pazientearen identitatea egiaztatzea aplikazio informatiko korporatiboetan

Datu-basean pazientearen erregistratzeko unetik aurrera izan litezkeen arriskuak direla bide, eta historia kliniko elektronikoa erabiltzearen ondorioz izan litezkeen gertakariak eragoztearren, honako ekintza hauek garatu dira:

- Jardunbide egokiak hedatzea, erakundearen datu-baseetako historia klinikoetan bikoiztasunak kudeatzeko eta garbitzeko zerbitzu-erakundeen aldetik.
- Behar diren berrikuntzak eta aldaketa-gomendioak identifikatzea erakundearen aplikazio informatikoetan erabiltzaileei alta eta baja emateko ISO prozeduretan. Osasun Laguntzako Zuzendariordetzaren arduradunei eman zaie horren berri, esandako dokumentuak prestatzeko eta zabaltzeko.

### 3. Ospitaleratu gabeko pazientearen identifikazioa sarearen arreta-guneetan

Ospitaletik kanpo osasun-sistemarekin dituen harreman bakoitzean pazientearen behar bezala identifikatzea nahitaezkoa da akatsik egon ez dadin proba diagnostikoak egitean, sendagaiak preskribatzean, txostenak ematean, etab. Arlo horretan segurtasuna areagotzeko, zenbait jardunbide egoki egin dira, besteak beste: berariazko kartelak egin eta banatzea pazienteei zein profesionaleri, NAN/pasaportea eta OTI aurkeztuta pazientearen edota laguntza ematen zaion erabiltzailearen identitatea berretsi beharra gogorarazteko; hirugarrenei agiri klinikoak jasotzeko baimen-agiria egin eta banatzea; eta kontrol-zerrenda itsasgarri bat banatzea, paziente jakin baten historia klinikoak ez dadin erabili beste paziente bati arreta ematean.



## 11. EI: MEDIKAZIOAREN KONTZILIAZIOA

Medikazioaren kontziliazioa prozesu formal eta protokolizatu bat da, pazienteak aurretik hartzen zituen sendagaien zerrenda oso eta zehatza lortzeko eta arreta-zerbitzu bat jaso ondoren (larrialdi-zerbitzuan ospitaleratzean, unitate edo osasun-zentro batetik lekualdatzean, ospitale-alta ematean) agindutako medikazioarekin alderatzeko, ikusteko okerrik dagoen, zerbait falta den, bikoiztasunik dagoen edota zuzendu beharreko interakziorik sortzeko arriskua antzematen den. Ospitaleratutako pazienteen % 54 eta % 67 inguruk justifikatu gabeko desadostasuna izaten du tratamendu ambulatarioan eta historia klinikoa erregistratuan (kasuen % 39tan ere kalte moderatua edo larria adieraz dezakete) eta % 60,1ek preskribatutako sendagaietan kontziliazio-erroreak izaten ditu.

Arlo horretan segurtasuna areagotze aldera, bi ikuspegitik heldu zaio prozesu honi:

1. Sendagaiak preskribatzeko PRESBIDE erreminta informatiko korporatiboan behar diren hobekuntzak identifikatzea, jakinaraztea eta haien segimendua egitea, medikazioaren kontziliazioa errazteko eta oro har segurtasuna handitzeko. PRESBIDE erabiltzeko jardunbide egokiekin dekalogo bat prestatu zen, profesional preskribatzaileei zuzenduta. Hain zuzen ere, 2015eko martxoan banatu zitzairen.
2. Medikazioa kontziliatzeko programa bat garatzea.

Lehen mailako arretako erakundeen eta ESlen pazientearen segurtasunerako erreferentzialdearekin aurrera egin zen medikazioa kontziliatzeko programaren osaeran, lehen mailako arreta-zerbitzutik aurrera erabili ahal izango zena paziente laguntza-eremu batetik bestera igarotzean. Aldi berean, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak (MSSSI) aukera eman zuen PaSQ proiektuan parte hartzeko (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care). Ekintza korporatiboa zen, Europar Batasunean pazientearen segurtasuna sustatzea eta estatu-kideen eta laguntza-kalitatean zein pazientearen segurtasunean interesa duten erakundeen artean esperientzia-trukea erraztea helburu zituena, pazienteen parte-hartzea bereziki aintzat hartuta. WP5 lan-pakete bat hartzen zuen barnean proiektuak, jardunbide egokiak ezartzera zuzendua, besteak beste, medikazioaren kontziliazioa.

Proiektuak, bestalde, aukera ematen zigun ezagutza eta eskarmentua erdiesteko, bai eta medikazioa kontziliatzeko programa bat ezartzean izan daitezkeen zailtasunak balioesteko ere. Hala bada, programa korporatiboaren garapena atzeratzea erabaki genuen, horren orde PaSQ proiektuan parte har zezaten gure erakundeek. Erantzun ona izan zuen proposamenak. 9 ESItako zentroek (Araba ESiko Arabako Unibertsitate Ospitalea-Txagorritxu eta San Martin Osasun Zentroa, Uribe ESiko Sopela LMAU, Bilbo-Basurtu ESiko Basurtuko Unibertsitate Ospitalea, Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces ESiko Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea, Barrualde-Galdakao ESiko Galdakao-Usansolo Ospitalea, Barakaldo-Sestao ESiko San Eloy Ospitalea, Donostialdea ESiko Donostiako Unibertsitate Ospitalea, Goierri-Urola Garaia ESiko Zumarraga Ospitalea eta Bidasoa ESI), Gornizko Ospitaleak eta Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak parte hartu zuten. 2013ko azarotik 2014ko urrira bitartean ezarri zen proiektua, 2015eko irailetik 2016ko martxora bitarteko luzapen-aldi batekin.



Amaitu ostean, eta PaSQ proiektuei esker ikasitakoa aprobetxatuz, diziplina anitzeko lantalde bat sortu da (Farmazia Zerbitzuaren eta Kalitate eta Informazio Sistemen Zuzendariordearekin lankidetzan), medikazioa kontziliatzeko programa korporatiboaren zehaztapenari berretzeko, erakundearen laguntza bateratzeko prozesuaren esparruan.

## **12. EI: PAZIENTEA ASISTENTZIA SANITARIOAREN SEGURTASUNEAN INPLIKATzea**

Pazientea eta bere senideak edota zaindariak osasun-sistemak ematen duen arretaren segurtasunean inplikatzeko funtsezko elementua da pazientearen segurtasuna hobetze aldera, eta lehen mailako elementu estrategikoa ere bada.

2013-2016 aldirako Estrategian zehar, bi helbururekin egin da lan:

### 1. Pazienteak prestatzea eta sentsibilizatzea segurtasunaren arloan

Horretarako, biztanleriari zuzendutako sentsibilizazio-kanpaina bat garatu da; mezu argiak eta sinpleak erabili dira, baita bide ezberdinak ere, hala nola kartelak, triptikoak, banner-ak Osakidetzaren webgunean.

Hiru arrisku-arlotan ardatz zen esku-hartzea: pazientearen identifikatzea, informazioa helaraztea eta tratamendu farmakologikoa. Kanpainaren mezuen helburuak ziren, esate baterako: pazienteak behar bezala identifikatzea osasun-sistemarekin duten harreman bakoitzean; preskribatu zaien medikazioa ezagutzea eta tratamendu aktiboaren orria nahiz tratamendu farmakologikoari buruzko idatzizko txostena ematea osasun-sistemarekin duten harreman guztietan; pazienteari ematen zaion dokumentazioa egiaztatzea; haren alergien berri ematea; eta dituen zalantzak galdetzera, informazio argigarria eskatzera eta antzematen dituen arrisku berri ematera bultzatzea pazientearen.

### 2. Pazienteak inplikatzeko segurtasun-gertakarien jakinarazpenean

2016ko martxoan, pazientearen segurtasunaren alorreko profesional adituen lantalde integratua osatu zen, herritarrak pazientearen segurtasunean inplikatzeko esperientziak garatu dituzten zerbitzu-erakundeetako profesionalak eta Laguntza-integratzaileko eta Kronikotasuneko Zerbitzuko (jarduera-ildoak Osasun Eskolarekin eta Paziente Aktiboa programarekin duen loturagatik) eta BIOEFeko profesionalak osatua (herritarrak osasunaren eremuan inplikatzeko proiektuak gartzen duten esperientziagatik).

Egun, esperientziak aztertzen eta ekintzak garatzen ari da lantalde hori alderdi hauen gainean: pazientearen segurtasunaren kultura “Paziente aktiboa” programan txertatzea berrikustea; dibulgaziozko materiala diseinatu eta egitea (berriak, liburuxkak, bideoak); atari korporatiboak erabiltzea (O-sarean, Osasun karpeta) pazienteak beren segurtasun klinikoan inplikatzeko; kexak, erreklamazioak eta iradokizunak segurtasun-gertakari buruzko informazio- eta ezagutza-iturri gisa erabiltzeko modurik bideragarriena; eta herritarrak segurtasun-gertakariak jakinarazteko prestatzea, horretarako berriak sistema baten bitartez.



### **13. EI: GERNU-KATETERRARI LOTUTAKO GERNU-TRAKTUKO INFEKZIOAK MURRIZTEA**

Gernu-traktuko infekzioak dira osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekziorik nabarienetako bat. Infekzio nosokomialaren prebalentziari buruzko azken azterketen arabera (EPINE azterketa), gernu-traktuko infekzioen % 60 gernu-kateterra egotearekin zeuden lotuta. Infekziook pazienteengan (morbilitate- eta heriotza-tasa handitzen da) zein osasun-sisteman (luzatu egiten dira ospitaleko egonaldiak eta pazienteek behar dituzten tratamenduak) duten eragina dela eta, beharrezkotzat jo zen zundaketarekin lotutako gernu-traktuko infekzioak (GTI) eragiten dituzten faktoreetan esku hartzea, ahalik eta gehien gutxitzeko helburuz.

Ekintza-ildo horri ekiteko diziplina anitzeko talde bat sortu zen, non medikuntza prebentiboko zerbitzuetako, ZIUko, urologiako, ginekologiako eta obstetria eta kirurgiako profesional medikoek eta erizainek esku hartzen duten.

Gernu-zundaketarekin lotutako gernu-traktuko infekzioak (GTI) gutxitzeko neurri eraginkorrenak (erabilgarri dagoen ebidentzian jasotakoari jarraikiz) eta adituen adostasuna abiapuntu hartuta, zenbait gomendio bildu dira, adibidez:

- Gernu-zundaketaren argibideak.
- Kontraindikazio absolutuak eta erlatiboak utero barruko kateterismorako.
- Kateterra medikuak kentzeko irizpideak.
- Maskuriko zundaketaren teknikarako jardunbide egokien dekalogoak, ospitaleko eta lehen mailako arretaren esparruan aplikatzeko:
  - Genitalen higienarako prozedura.
  - Aldi baterako eta behin betiko maskuriko zundaketa ezartzeko prozedura, eta maskuriko zundaketa edota hustekoa.
- Maskuriko zundaketaren zainketarako dekalogoak garatzea, ospitaleko eta lehen mailako arretaren esparruan aplikatzeko:
  - Zunda zaintzeko eta aldatzeko prozedura
  - Zunda garbitzeko neurriak
  - Laginak jasotzeko gomendioak
  - Zunda kentzeko prozedura

Zerbitzu-erakundeetako errehabilitazio, nefrologia, neurokirurgia eta barne-medikuntzako zerbitzuek aratutako proposamenak.

Egun, berrikuspen-fasean dago dokumentua.



---

## ESTRATEGIAREN HELBURUAK

### Helburu nagusia

Osakidetzako zerbitzu-erakundeetan segurtasun-gertakariak jazotzeko arriskuak ahalik eta gehien gutxitzea, osasun-laguntza seguruagoa erdieste aldera.

### Helburu zehatzak

1. Segurtasunaren kultura osoa sustatzea Osakidetzan.
2. Profesionalek parte hartzeko ereduak finkatzea.
3. Komunikazioa eta koordinazioa indartzea, pazientearen segurtasuna hobetuz.
4. Estrategian lehenetsitako ekintza- eta proiektu-ildoak sustatzea.



## KOMUNIKAZIOA ETA KOORDINAZIOA PAZIENTEAREN SEGURTASUNA HOBETZEKO

Azken urteotan, aldatuz joan dira osasun-sistemak, teknikoagoak eta espezializatuagoak baitira gaur egun; horri esker, gai gara pertsonen osasun-arazoak hobeto konpontzeko. Garapen eta hobekuntza horrek bultzatuta, bestalde, are konplexuagoa da orain osasun-sistema, eta areagotu egin dira arloak eta horiek osatzen dituzten elementuak koordinatzeko zailtasunak.

AEBko Institutu Medikoak 1999an argitaratu zuen To Err Is Human txostenean jasotakoaren arabera, “akats medikoek”<sup>4</sup> urtean 98.000 heriotza eragiten omen zituzten. 15 urte geroago, Harvardko Osasun Publikoko Sailak argitaratutako azken txostenaren arabera, arazoak okerrera egin du, 400.000 heriotza inguru gertatzen baitira urtean<sup>5</sup> “akats medikoak” direla eta. Egindako ahaleginak eta ezarritako hobekuntzak gorabehera, pazientearen segurtasuna indartu behar da oraindik; izan ere, osasun-sistema gero eta konplexuagoa denez, ezinbestekoa da aldaketak egitea etengabe. Aldaketok hoberako badira ere, horiek sisteman sartzeak beste lan-baldintza batzuk ditu berekin, zeintzuk, aldi berean, arrisku-egoera ezberdinak nahiz segurtasun-arazo berriak ekar baititzakete. Hori dela bide, beharrezkoa da munduko osasun-erakunde guztiek etengabeko lana eta hobekuntza susta ditzaten pazientearen segurtasunaren alorrean.

Datozen urteetan, bestalde, osasun-sistemak egokitu beharko dira, arreta-ereduaren aldaketari erantzun badiote eta gaixotasunen bilakaeraren aldaketen ondoriozko beharrei aurre egingo badiete, lan-eremuan zein mediku-pazientearen arteko harremanean<sup>6</sup> bertan. Zentzu horretan, beharrezkoa da pazientearen segurtasunaren kontzeptu klasikoa zabaltzea, murriztegi gelditu baita denboraren poderioz laguntza-eremuaren egungo errealitateari heltzeko. Alde batetik, pazientearen segurtasuna etxeko laguntzara zabaltzeko komenigarritasunari buruz hausnartzen hasi da, ospitaleetan eta lehen mailako arretako zentroetan segurtasunaren arloan egindako aurrerapenen osagarri. Bestetik, pazientearen segurtasuna pazienteen beraien ikuspuntutik birpentsatzeko aukera dago mahai gainean.

Osasun-sistema konplexuetan, gero eta beharrezkoagoa da informazioa eta profesional, zerbitzu eta laguntza-eremu ezberdinen arteko koordinazioa egituratzea, hainbat elementu edo zati baitira tartean halako sistemetan; hartara, pazienteari emandako laguntzaren emaitza zati guztiek behar bezala batera jokatzearen arabera da zati bakoitzak bere aldetik egiten dituen ekintzen ondoriozkoa baino gehiago. Ezinbestekoa da behar bezala koordinatzea pazientek ekintza ezegokirik ez jasateko, hala nola bikoiztasunak, omisioak, beharrezkoak ez diren jardunak nahiz zainketak une desegokian ematea.

Komunikazioa eta koordinazioa funtsezko bi alderdi izan dira betidanik, eta egun ere badira, pazientearen segurtasuna bermatze aldera, trazabilitateari zein informazio klinikorako sarbideari dagokienez egindako aurrerapenak gorabehera.

Paziente bakoitzaren egoera eta premiei buruzko informazio klinikoa helaraztea nahitaezkoa da laguntza-prozesurako, askotan behar besteko garrantzia ez eman arren eta zenbait lan-baldintzatan bermatu ezin bada ere. Izan ere, profesionalen arteko komunikazio-akatsak dira pazientearen segurtasuneko arazo gehien sortzen dituzten faktoreetako batzuk<sup>7</sup>. Horrez gain, ohikoa da pertsona bera





hainbat osasun-profesionalek ikustea aldi berean eta laguntza-arlo desberdinetan. Hori dela medio, ezinbestekoa da profesionalak elkarri helaraz diezaioten informazioa, bai eta pazienteei ere, laguntza-transferentziak akatsak egoteko arrisku handieneko uneak baitira.

Pazienteekiko komunikazioari dagokionez, egokiro eta pertsona bakoitzaren ezaugarriak eta premiak aintzat hartuta helarazi behar da informazioa; horren ondorioz, ahalegin handiagoa egin behar dute profesionalak. Alde batetik, zenbait egoeratan beharrezkoa izan liteke senideek edota zaindariak ere komunikazio-prozesuan parte har dezaten; izan ere, baliteke gaixoak jasotako informazioa behar bezala ez ulertzea. Bestetik, eredu aldutzen ari da une honetan, eta profesionalen eta pazienteen arteko harremana berriz orekatzen ari da. Pazientea, beraz, ez da jadanik jarraibideen hartzaile hutsa, eta zainketak ez daude zatikatuta dagoeneko; horregatik, pazienteak aukera du erabakietan eta osasuna oneratzeko beharrezkoak diren esku-hartzeen lehenespenean modu aktiboan parte hartzeko.

Ezin uka daiteke komunikazioa eta koordinazioa funtsezko elementuak direla pazientearen segurtasuna etengabe hobetzeko. Estrategia honetan, hala bada, honako helburu hauek ditugu: laguntza-eremu ezberdinetako profesionalak elkar ezagut dezaten; jardunbide egokiak ezartzea, zerbitzuen arteko koordinazioa erraztearren; komunikazio estandarizatua bultzatzea, unitateen barnean zein laguntza-maila desberdinen artean, pazienteen transferentzia bermatze aldera; horretarako, behar diren topaguneak eta denboraldiak gaituko dira. Ekintza horietatik guztietatik, eta Osakidetzan berriki ezarritako antolaketa-egiturei jarraikiz (Erakunde Sanitario Integratuak), laguntza-transferentzietan komunikazioa estandarizatzek dauka lehentasuna. Izan ere, lagungarria da esku hartzen duten profesional oro kontzientziatu dadin pazienteen egoera osoari buruz; hala, ekintzak hobeto koordinatu litezke, bai eta hutsegite edo akatsak egiteko arriskua gutxitu ere<sup>8</sup>.



---

## EKINTZA-ILDO KORPORATIBOAK

Osakidetzako Pazientearen Segurtasunerako 20 20 Estrategiak ekintza-ildo hauek ditu barnean:

- 1. El. Segurtasun-gertakariak kudeatzea
- 2. El. Bigarren eta hirugarren biktimei arreta ematea
- 3. El. Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzea
- 4. El. Pazienteek beren segurtasunean parte hartzea
- 5. El. Medikazioaren kontziliazioa
- 6. El. Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzea
- 7. El. Transfusio-segurtasuna
- 8. El. Osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioen prebentzioa eta kontrola
- 9. El. Kirurgia segurua
- 10. El. Hurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza-prozesuko segurtasuna
- 11. El. Pazientearen segurtasuna larrialdi-zerbitzuetan
- 12. El. Pazientearen segurtasuna zainketei dagokienez
- 13. El. Medikazioa erabiltzearen inguruko jardunbide egokiak
- 14. El. Jardunbide egokiak desnutrizio-arriskuan dauden ospitaleratutako pazienteengan
- 15. El. Eragindako inkontinentzia prebenitzeko jardunbide egokiak



## 1. EI. SEGURTASUN-GERTAKARIAK KUDEATZEA

### ■ OINARRIAK

Osasun-sektorean, hutsegiteak gertatzeko arriskua (pazienteengan ere eragina izan dezaketenak, kontrako gertakari gisa) laguntza-jarduera gehienei datxekie. Horregatik, arriskuen kudeaketa da pazientearen segurtasunaren esparruko dimentsiorik garrantzitsuenetako bat, eta lehentasuna izan behar du osasun-zerbitzuetako osasun-laguntzan.

Pazientearen segurtasunari dagokionez, helburu hauek ditu arriskuen kudeaketak: asistentzia sanitarioaren ondoriozko gertakariak identifikatzera zuzendutako jarduerak sustatzea, horien zergatiak aztertzea eta gertakariok prebenitzeko, kontrolatzeko eta, hala balegokio, horien eragina murrizteko ekintzak garatzea<sup>9,10</sup>.

Hauek dira arriskuen kudeaketa-prozesuaosatzen duten faseak<sup>11,12</sup>:

- Arriskua identifikatzea, hainbat informazio-iturriren bitartez<sup>13,14</sup>: gertakariak jakinarazteko eta erregistratzeko sistemak, laguntza-kalitateko batzordeak, kexak, erreklamazioak, iradokizunak, galdeketak, etab.
- Arriskua ikuspegi sistemikotik aztertu eta ebaluatzea:
  - Modu erreaktiboan: jada gertatu diren arriskuak eta kontrako efektuak
  - Modu proaktiboan: arriskuak gertatu baino lehen identifikatu eta prebenituz
- Hobekuntzak planifikatu eta ezartzea
- Ezarritako hobekuntzak ebaluatzea eta horien segimendua egitea
- Profesionalei emaitzen txostena helaraztea

Testuinguru horretan, gertakarien berri emateko sistemak funtsezko elementu bilakatu dira arriskuak kudeatzeko prozesuaren zatirik handienean. Gertakariei buruzko datuak identifikatu, aztertu eta ateratzea ahalbidetzen dute, akatsetatik ikasteko, esperientziak partekatzeko eta arriskuen kudeaketa eta hobekuntza abian jartzeko helburuz<sup>4,15,16</sup>; izan ere, sistema erabiltzea gomendatzen dute pazientearen segurtasuna<sup>17,18</sup> jomuga duten nazioarteko zein estatuko erakunde guztiek.

Eguneroko jardunean, osasun-profesionalak dira aproposenak segurtasun-gertakariak antzemateko; hala eta guztiz ere, ezin uka daiteke pazienteak/erabiltzaileak lan horretan duen zeregina, gertakari oro aztertzeko beste ikuspuntu bat ematen baitu<sup>19,20</sup>.

### ■ AURREKARIAK

Osakidetzak badaki zeinen garrantzitsuak diren gertakarien berri emateko sistemak arriskuen kudeaketan; hori dela eta, Pazientearen Segurtasun-arloak Jakinarazteko eta Ikasteko Sistema (PSAJIS) sartu zuen ekintza-ildo korporatibo gisa 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategian, aukera emango baitzuen zerbitzu-erakundeetako profesional guztiei kalterik gabeko segurtasun-gertakariak denbora errealean jakinarazteko.



Gertakarien berri emateko sistemen oinarriak pazientearen segurtasunean adituak diren erakundeek gomendatutakoak dira:

- Gertakariak norbere borondatez erregistratzea.
- Anonimoa.
- Ez da zigorrak ezartzeko.
- Informazioaren konfidentzialtasuna.
- Tokiko hobekuntzak ikasteko eta ezartzeko analisia.

“Kalterik gabeko” segurtasun-gertakariak abiapuntu hartuta ikasteko aukera da sistemaren ñabardura nagusia, kontrako gertakariak eta kalterik gabekoek zergati bera baitute askotan; hortaz, kalterik gabeko gertakariak ikastea erabilgarria da, halaber, kontrako gertakariak prebenitzeko<sup>21</sup>.

Ildo horretan estrategian zehar garatutako ekintza ezberdinek honako emaitza hauek ekarri dituzte:

- Erreminta zerbitzu-erakunde guztietan zabaldu eta erabiltzea.
- Profesionalak jakinarazteko sistema korporatiboari (PSAJIS) atxikitzea; izan ere, gora egin du 2013-2016 epean zehar egindako jakinarazpen kopuruak (ikus 1. taula).
- Hobekuntzak proposatu diren gertakarien proportzioan aurrera egitea (ikus 1. taula).

### **1. taula. 2013-2016 aldirako PSAJISen jakinarazitako kalterik gabeko gertakariak**

	2013	2014	2015	2016
Gertakari kopurua <b>jakinarazitako kalterik gabe</b>	1.604	2.613	3.184	3.946
Jakinarazitako kalterik gabeko gertakarien % <b>proposatutako hobekuntzekin</b>	% 38,3	% 30,8	% 43,7	% 48,7

Beharrezkotzat jo da proposatutako hobekuntza-ekintzen ezarpena eta jarraipena sustatzea, bai eta jakinarazitako gertakari motaren ezagupena ere.

- Ikaskuntza partekatua, honako hauen bidez:
  - Aldizkako bilerak zerbitzu-erakundeetako PSAJISeko erreferenteekin.
  - Erreminta korporatiboak: Osagune, intranet korporatiboa.
- “Kontrako gertakariak kudeatzeko gomendioak” gida korporatiboa zabaltzea.



## ■ HELBURUAK

Estrategiak honako helburu hauek ditu:

1. Informazioa kudeatzea, aztertzea eta arriskua ebaluatzea
2. Proposatutako ekintza-planak ezarri eta horien segimendua egitea
3. Baterako ikaskuntza.

## ■ EKINTZAK

### 1. Informazioaren kudeaketari dagozkionak

#### 1.1. Arriskua identifikatzea

##### 1.1.1. *Profesionalek gertakarien berri ematea:*

- Profesionalek **kalterik gabeko** segurtasun-gertakarien berri eman dezaten bultzatzen jarraitzea, jakinarazteko sistema korporatiboaren (PSAJIS) bidez:
  - Zerbitzu-erakundeetako profesionalek segurtasun-gertakariak jakinarazteko kultura bultzatu eta sendotzeko estrategiak sustatzea.
  - PSAJIS erreminta korporatiboaren erabilerari buruzko prestakuntza-jarduerak garatzea, zerbitzu-erakundeetako profesional guztientzat.
  - Profesionalei jakinarazpen-lanak erraztea erreminta zerbitzu-erakundeetako zerbitzu/unitate/LMAU guztietan zabaldua.
  - Erreminta hobetzeko proposamenetan parte hartzea, arriskuak errazago kudeatze aldera.
  - Jakinarazten duenarentzako eta kudeatzaileentzako gidaliburua eskura izatea.
- “Kontrako gertakariak kudeatzeko gomendioak” gida korporatiboaren erabilera finkatzea.
- Gertakari zelatariei buruzko informazioa kudeatzea gertakari horien berri emateko protokoloaren bitartez (argibideak garapen-bidean daude).

##### 1.1.2. *Pazienteek/senideek/laguntzaileek gertakarien berri ematea:*

- Pazienteek/senideek/laguntzaileek gertakarien berri eman dezaten erraztea.
- Kexa, erreklamazio, iradokizun eta abarretako segurtasun-gertakarien gaineko informazioa aprobetxatzeko mekanismoak egituratzea.

##### 1.1.3. *Beste informazio-iturri batzuk:*

- Ondare-erreklamazioen berrikusketa sustatzea.



- Informazio-sistema eta datu klinikoen base ezberdinetan azaldutako segurtasun-gertakariei buruzko informazioa biltzea.
- Prozesu nagusien arriskuei buruzko mapak egitea.
- Bibliografiaren eta ebidentzia zientifiko eguneratuaren berrikusketa sustatzea.

## 1.2. Arriskua aztertzea

- Pazientearen segurtasuneko batzordeen funtzionamendua sendotu eta dinamizatzea.
- Pazientearen segurtasuneko batzordeak osatzen dituzten profesionalei prestakuntza ematea arriskuak kudeatzeko prozesuari, horri loturiko metodologiei eta helburua erdiesteko lagungarri izango diren erremintei buruz.
- Jakinarazitako gertakarien zergatien analisi erreaktiboa sustatzea.
- Analisi proaktiboa sustatzea sistemaren arlo nahiz prozedura zaurgarriak identifikatzeko.
- Ezar litezkeen hobekuntzak proposatzea, asistentzia sanitarioari loturiko arriskuak gutxitzeko.
- Zerbitzu-erakunde guztiei interesgarri suerta dakizkiekeen lan-ildo berriak planifikatzea.
- Kudeaketa korporatiboa hobetzeko ekintzak sustatzea pazientearen segurtasuneko zuzendaritza-batzordearen bitartez.

## 2. Proposatutako ekintza-planak ezartzeari eta horien segimendua egiteari dagozkienak

- Ezarpena eta segimendua sustatzea; ekintza bakoitzaren arduraduna, ezarpen-data eta segimenduaren aldizkakotasuna definitzea.
- Aldizka ezarritako ekintzen eraginkortasuna ebaluatzea eta talde kudeatzaile zein erakundeari oro har erdietsitako emaitzak jakinaraztea.
- Aldizka emaitzen txostenak egitea eta hedatzea.

## 3. Baterako ikaskuntzari dagozkionak

- “Jardunbide egokiak” zabaltzeko aukera ematen duten komunikazio-estrategiak garatzea zerbitzu-erakundeetan (alertak, buletinak, saioak, etab.).
- Ikaskuntza erakunde-mailan sustatzea, eskuragai dauden erreminten bidez: Osagune, intranet korporatiboa.
- Tokiko, Estatuko nahiz nazioarteko beste zentro batzuetan jada ezarrita dauden eta emaitza onak izan dituzten “jardunbide egokien” ezarpena bultzatzea zerbitzu-erakundeetan.
- Eskura dagoen ezagutza zientifikoaren arabera “jardunbide egokien” ezarpena sustatzea, kontrako gertakirik ez egoteari lotuta eta laguntza-erakunde egoki batek bultzatuta.



■ **EBALUAZIOA**

*2. taula. "Segurtasun-gertakariak kudeatzea" ekintza-ildoaren adierazleak*

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Pazientearen segurtasunaren alorreko online prestakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak eta ez-sanitarioak), zerbitzu-erakunde bakoitzeko	% 50 (2018) % 60 (2019) % 70 (2020)
Kalterik gabeko gertakari kopurua, PSAJISen jakinarazita	
Kalterik gabeko gertakari kopurua, PSAJISen jakinarazita eta 100 profesionaleko	
Kalterik gabeko gertakari kopurua, PSAJISen jakinarazita eta aztertuta	
Kalterik gabeko gertakari kopurua, PSAJISen jakinarazita eta aztertuta, eta hobekuntzak proposatuta dituztenak "hala badagokio" atalean	% 50 (2017) % 55 (2018) % 60 (2019) % 65 (2020)
Ezarritako hobekuntzen ehunekoa, proposamenen arabera	
Segimendua eginda duten ezarritako ekintzen ehunekoa	



## 2. EI. BIGARREN ETA HIRUGARREN BIKTIMEI ARRETA EMATEA

### ■ OINARRIAK

Herrialde garatueta egungo medikuntza oso eraginkorra da, baita konplexua ere. Gero eta handiagoa den konplexutasun horrek osasun-sistema osatzen duten zati ezberdinak komunikatu eta koordinatzeko zailtasun gehiago dakartza. Horri guztiari osasun-arloko berariazko ezaugarriak erantsi behar zaizkio, besteak beste, erabaki klinikoak baldintzatzen dituzten faktore anitzak, erabiltzen diren gailu eta baliabide teknologiko ugariak, antolatze zailtasunak eta zerbitzu eta laguntza-maila desberdinen berezitasunei erantzuteko beharra.

Sistemaren akatsek eta gizakion hutsegiteek azaldu dezakete osasun-arloko segurtasun-gertakarien zergatia<sup>22</sup>. Segurtasun-gertakari guztiek ez diete pazienteei eragiten, eta hala balitz ere, denak ez dira kaltegarriak. Kontrako gertakariak pazienteei kalte egiten dieten segurtasun-gertakariak dira. Arinak, neurrizkoak, larriak edo oso larriak izan daitezke kalteok, eta sekuelak eragin diezazkiekete pazienteei, baita heriotza ere. Edozelan ere, aurreikusi eta nahi gabeko gertaerak dira beti kontrako gertakariak, laguntza-prozesuan zehar jazotako akats ugariaren ondore.

Pazienteei ez ezik, profesionalei eta erakundeari berari ere eragiten diete kontrako gertakariak. Kontrako gertakarien eragin hirukoitzari heltzeko, honako termino hauek erabiltzen dira gaur egun:

- **Lehen biktimak:** kontrako gertakarien ondorioak pairatzen dituzten pazienteak eta haien senideak.
- **Bigarren biktimak:** kontrako gertakariarekin zuzenean edo zeharka lotutako osasun-profesionalak; psikologiaren eta emozioen ikuspuntutik eragiten die.
- **Hirugarren biktima:** gertakaria jazotzen den osasun-erakundea.

Lehendik dagoen literatura berrikusita<sup>23,24</sup>, badakigu profesionalen erdiak behin gutxienez izango dira bigarren biktima bere bizitza profesionalean, “trauma ondoko estres-sindromea” dela sintomatologiari ohikoena eta egoera horretan beste segurtasun-gertakari batzuk sortzeko arriskuak gora egiten duela.

Horregatik guztiagatik, kontrako gertakariak izan ditzaketen ondorioak ikusirik, horiek prebenitzeko lanean jarraitzeaz gain, bigarren eta hirugarren biktimei ere heltzen diegu Pazientearen Segurtasun Estrategia honetan, Estatuan zein nazioartean indarrean dauden gomendioak<sup>25,26,27</sup> ezartzeko eta Osakidetzako zerbitzu-erakunde ezberdinen ezaugarri eta premietara egokitzeko helburuz.

### ■ AURREKARIAK

Johns Hopkins Unibertsitateko Albert Wuk<sup>28</sup> erabili zuen lehenbizi “bigarren biktima” terminoa 2000. urtean, profesionalek saihesti ezin dituzten kontrako gertakarien eragina deskribatzeko. 2009an, Misouriko Unibertsitateko Ospitaleko Susan Scottek<sup>29</sup> kontzeptua zabaldu zuen, honela: “Kontrako ger-





*takari batean, akats mediko batean edota pazientearen ustekabeko lesio batean parte hartzen duten profesional guztiak (osasun-zerbitzuen hornitzaileak) biktima bilakatzen dira, gertaerak traumatizatu- ta uzten baititu*". Pazientearen segurtasunari buruz mundu osoan egindako argitalpen eta lan kopuru handia badago ere, osasun-erakunde gutxi heldu diete bigarren biktimei. Nolanahi ere, hauek dira egilerik ezagunenak nazioartean.

Osasun-erakundeetan kontrako gertakariak duten eragin txarrari dagokionez, Charles Denhamek<sup>30</sup> "hirugarren biktimen" definizioa sortu zuen 2007an; alegia, "*pazientearen segurtasunean eragina duen gorabehera baten ondorioz ospea eta konfiantza galtzen dituzten osasun-erakundeak*". Oso gutxi aztertu dira hirugarren biktimek jasandako ondorioak eta horiei nola aurre egin; hala ere, komenigarria omen da komunikazio-estrategia bat edukitzea berehalako arreta-planaren barruan, erakundeak abian jarri behar duena kontrako gertakariak egonez gero.

Nazioartean, Missouriiko Unibertsitateak kudeatzen duen "For You" programa<sup>31,32</sup> da aipatzekoa, luze ekin baitie kontrako gertakariak profesionalengan dituzten ondorioei. Hauek dira programak bigarren biktimen arretari egindako ekarpen nagusiak:

- Eredutheoriko bat deskribatu du, non kontrako gertakari batean zuzenean edo zeharka sartuta dagoen bigarren biktimaren ibilbide edo bilakaera naturala azaltzen baita.
- Jarduketa-protokolo bat sortu du.
- Zenbait gomendio egin ditu bigarren eta hirugarren biktimei arreta emateko eta kontrako gertakariaren ondoren pazienteari behar bezalako erantzuna emateko.

Estatuan, aipagarria da Bigarren eta hirugarren biktimei buruzko ikerkuntza-proiektua<sup>33</sup>; 2014an hasi zen, eta 8 autonomia-erkidegotako osasun-profesionalek eta akademikok parte hartu dute, baita Osakidetzako langileek ere. Kontrako gertakariak profesionalengan eta osasun-erakundeetan duten eragina ebaluatzeaz gain, ikerlan horren ondorioz esku hartzeko bi gida sortu dira, lehen mailako arreta-zerbitzuetako eta ospitaleetako pazienteen segurtasuneko zuzendari eta arduradunei zuzenduta, zenbait gomendiorekin:

- 1) Kontrako gertakariak osasun-profesionalengan duten eragina murriztea.
- 2) Erakundeetan segurtasunaren kultura indartzea.
- 3) Pazienteekiko jokabide etikoa sustatzea, gertatutakoaren berri emateko.

Kontrako gertakariaren bat pairatu duen pazientea jakinaren gainean ipintzeari dagokionez, bigarren eta hirugarren biktimen ikerketa-taldeak dokumentu bat argitaratu du, *Kontrako gertakari baten ondoren barkamena eskatzeko gomendioak*<sup>34</sup>, bai eta *Kontrako gertakari baten ondoren pazienteari erantzun egokia emateko eta bigarren zein hirugarren biktimei arreta emateko gomendioen gida*<sup>35</sup> ere, proiektu horren barnean egin dena. Eman beharreko informazioa, nola eta nork egin behar duen ere jorratzen dira bertan, gertatutakoaren berri eman behar duen profesionalaren profila aldatu baitaiteke, kontrako gertakariaren larritasunaren arabera.

Nazioartean kontrako gertakariaren ostean<sup>36</sup> pazienteari informatzeko eduki, formatu eta baldintzei buruz adostasuna badago ere, gure herrialdearen eta erreferente bezala aipatutako arteko aldeak pazienteari benetako informazioa ematean (*Open Disclosure*) dautza. Kontrako gertakaria



jasan duen pazienteari barkamena eskatzea eta jazotakoaren nondik norakoak azaltzea gomendatzen dute aditu gehienek.

## ■ GAUR EGUNGO EGOERA

Osakidetzan, Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasuneko Programen Koordinazioaren lantaldeak, zerbitzu-erakunde ezberdinetako pazientearen segurtasunean adituak diren zenbait profesionalekin batera, **“Kontrako gertakariak kudeatzeko gomendioen gida”**<sup>37</sup> egin zuen 2015ean. Erakunde guztien eskura jarri zen gida hori, jarraibide orokorrak ezartzeko helburuz eta zerbitzu-erakunde bakoitzak bere premia eta ñabarduren arabera egokitu eta zabaldu zitzan.

Gida egiteko, Osakidetzako zerbitzu-erakundeen esperientziak kontuan izan ziren (Donostialdeako ESI, Debagoieneko ESI, Gornizko Ospitale eta Bilbo-Basurtuko ESIko segurtasun-erreferenteek hartu zuten parte), bai eta beste osasun-zerbitzu eta -erakundeetako ekarpenak ere, estatu-mailakoak (Galiziako Osasun Zerbitzuaren Gomendioen Gisa abiapuntu hartuta<sup>38</sup>) zein nazioarte-mailakoak (Institute for Healthcare Improvement<sup>39</sup> institutuak egindako lana azpimarratu behar da).

Ilido horretan, aipatzekoak dira Donostialdeako ESIk zuzendutako ekintzak eta proiektuak; erakunde horrek, izan ere, esperientziarik sendoena du Osakidetzan orain arte garatutako guztien artean. Horren ekimenek, bestalde, pazientearen segurtasuna hobetzeko estrategia korporatiboan bigarren eta hirugarren biktimei heltzea sustatu dute.

Onartu beharra dago, batetik, ezinezkoa dela osasun-arloan akatsik ez egitea eta, bestetik, posible dela kontrako gertakariak jazotzea; gorabehera horien aurrean denbora eta modu egokian erantzuteko gaitasuna benetako antolaketa-erronka da. Izan litezkeen zailtasunak gorabehera, pazientearen segurtasun-estrategian kontrako gertakarien biktimei heltzeak onura nabarmenak ekarriko ditu:

- Pazienteen eta haien senideen sufrimendua arintzea.
- Profesionalen gaineko eragina gutxitzea.
- Erakundearen osperei eta harekiko konfiantza-mailari eustea.
- Osasun-erakundeko segurtasun-politika indartzea.
- Zuzendaritzaren eta profesionalen lidergoa sendotzea.
- Gertatutakotik ikastea, eta laguntza-jardunaren segurtasuna zein kalitatea hobetzeko aukeratzat hartzea.
- Erreklamazioak eta lege-ekintzak murriztea, bai eta ekintzon ondorioen larritasuna ere.



## ■ HELBURUA

Osakidetzako zerbitzu-erakunde ezberdinetako kontrako gertakarien bigarren eta hirugarren biktimei heltzea.

## ■ EKINTZAK

1. Segurtasunaren kultura positiboa sustatzea eta pazientearen arretari zein kontrako gertakaria jazo ondorengo bigarren eta hirugarren biktimei ekiten dien erakunde-politika garatzea.
2. Ekintza-ildo hori garatzera eta horren segimendua egitera bereziki zuzendutako lantaldea sortzea, zuzentzea eta mantentzea erakunde-mailan.
3. Berehalako ekintza-plan bat prestatzea, jarduteko protokolo eta guzti, paziente bati edo gehiagori ondorio larriak dakartzkien kontrako gertakariaren bat jazotzen denean zer egin eta zer ez egin jakiteko argibide zehatzekin. Kontrako gertakariari neurrizko erantzun egokia emango bazaie, alderdi hauek izango dira kontuan:
  - Kontrako gertakariaren ondorengo lehen orduetan garatu beharreko ekintzak.
  - Sostengua pazientearentzat eta senideentzat (erantzun aproposa ematea): zer, nola, noiz eta nork jakinaraziko dien pazienteari edota senideei.
  - Sostengua bigarren biktimentzat (egoera horretan dauden profesionalen premiei erantzutea).
  - Osasun-erakundearen gainean izan dezakeen eragina aintzat hartzea (eragina erakundearen bertan eta oihartzun mediatikoa).
  - Lege-alderdiei heltzea eta lege-aholkularitzako zerbitzuekin batera hartu beharreko neurriak ezagutzea.
4. Barne- eta kanpo-komunikaziorako plan bat diseinatzea paziente bati edo gehiagori ondorio larriak edo oso larriak dakartzkien kontrako gertakariaren bat jazotzen denerako.
5. Prestakuntza-plan bat ezartzea, jarduketa-protokoloa aplikatu behar duten profil profesional ezberdinen beharrianak eta ezaugarriak aintzat hartuta:
  - Erantzukizun handieneko lanpostuak dituzten profesionalei (erdi-mailako agintariak, langile-zerbitzuetako arduradunak, erakundeetako zuzendariak) prestakuntza ematea bigarren eta hirugarren biktimen gainean.
  - Bigarren biktimen arretarako taldeak (bigarren laguntza-maila) osatuko dituzten lan-osasuneko zerbitzuetako profesionalei (segurtasun-erreferenteak, psikologoak, beren burua boluntario izateko eskaintzen duten profesionalak, etab.) prestakuntza ematea. Bigarren biktimaren egoera lehen eskutik ezagutzen duten profesionalen laguntza onartzea.
  - Profesional guztiak lehen, bigarren eta hirugarren biktimei heltzeko alderdi nagusietan hezteak. Kontuan izatea edozein profesional kontrako gertakari baten bigarren biktimaren lehen laguntza-maila izan litekeela.



■ **EBALUAZIOA**

**3. taula. “Bigarren eta hirugarren biktimei arreta ematea” ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
<b>2017. urtearen amaieran</b>	
Kontrako gertakarien aurka jarduteko gomendioei buruzko Osakidetzaren gida bere egin eta/edo egokitu duten erakundeen %	% 50
<b>2018. urtearen amaieran</b>	
Kontrako gertakarien aurka jarduteko gomendioei buruzko Osakidetzaren gida bere egin eta/edo egokitu duten erakundeen %	% 100
Kontrako gertakariak profesionalengan zein erakundeetan dituzten eraginei buruzko prestakuntza- eta sentsibilizazio-ekintzak egin dituzten erakundeen %	% 100
Bigarren eta hirugarren biktimei arreta egokia emateko estrategia korporatiboa ezarri duten erakundeen %	% 50
<b>2019. urtearen amaieran</b>	
Bigarren eta hirugarren biktimei arreta egokia emateko estrategia korporatiboa ezarri duten erakundeen %	% 75
Bigarren biktimen arreta-protokoloa aplikatu den kontrako gertakarien %	% 30-50
<b>2020. urtearen amaieran</b>	
Bigarren eta hirugarren biktimei arreta egokia emateko estrategia korporatiboa ezarri duten erakundeen %	% 100
Bigarren biktimen arreta-protokoloa aplikatu den kontrako gertakarien %	% 60-75



### 3. EI. PAZIENTEAK OKERRIK EGIN GABE IDENTIFIKATZEA

#### ■ OINARRIAK

Okerrik egin gabe identifikatzea funtsezko segurtasun-neurria da paziente zuzenarengan jarduten dela bermatzearen, bai eta sistema eraginkorra izan dadin ere, ezer gutxi balio baitu prozedura ondo egiteak baldin eta pertsona egokiarengan aplikatzen ez bada. Bestalde, laguntza-prozesuaren edozein unetan paziente gaizki identifikatzeak beste segurtasun-gertakari batzuk ekar ditzake berekin, besteak beste, informazioa historia kliniko okerrean eranstea, diagnosian atzerapenak eragitea edota hutsegiteak egitea tratamenduak aplikatzean<sup>40</sup>. Hortaz, laguntza-kateko urrats ezberdinetan pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedurak eta jardunbide egokiak ezartzeaz gain, ezinbestekoa da zenbait neurri hartzea lagin biologikoak<sup>41</sup>, diagnosi-proben emaitzen txostenak, medikamentuen preskripzioak eta, oro har, pazientearen egoera klinikoari buruzko informazioa duen edozein dokumentu okerrik egin gabe identifikatzeko. Bereziki garrantzitsua da historia klinikoan eranstean den informazioa, paziente unean-unean dagoen prozesuari buruzko erabakietan ez ezik, etorkizuneko jarduketetan ere izango baitu eragina<sup>42</sup>.

Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak 2016an kontrako gertakariak jakinarazteko sistema nazionalan (SiNAPS) argitaratu zuen segurtasun-gertakarien txostenaren arabera<sup>43</sup>, pazienteak identifikatzeari loturiko gertakariak ospitaleetan jakinarazitako gorabehera guztien % 13,5 dira (hirugarren tokian daude, medikazioarekin eta antolaketa-baliabideen kudeaketarekin loturiko gorabeheren atzetik) eta lehen mailako arretan jakinarazitakoen % 11,8 (bigarren tokian daude, medikazioarekin loturiko gorabeheren atzetik).

Identifikazio-akatsak saihestea lehentasuna da osasun-erakunde guztientzat, arrazoi hauek direla medio:

1. Beste segurtasun-gertakari batzuek ez bezala, identifikazio-akatsak hainbat pazienteri eragin diezaiekete aldi berean. Horren ondorioz, baliteke paziente jakin bati behar duen laguntza ez ematea (ez-egiteko hutsegitea) eta, aldi berean, beste bati ez dagokion prozedura bat aplikatzea (egiteko hutsegitea), dela bi pazienteren identitateak nahasten direlako, dela paziente baten informazioa beste baten historia klinikoan erantsi delako.
2. Informazioa historia kliniko okerrean sartzeak askotariko akatsak eragin ditzake laguntza-prozesuan, baldin eta akatsa garaiz antzematen ez bada.
3. Pazienteak gaizki identifikatzearen ondorioak oso larriak izan daitezke pazienteetako batentzat zein bientzat.

#### ■ AURREKARIAK

Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko neurriak ezartzea nazioarteko<sup>40,42</sup> zein Estatuko<sup>44-47</sup> osasun-erakunde gomendio nagusietako bat da, Osasun Sistema Nazionalaren 2015-2020 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategiak dioen legez<sup>18</sup>.



Gure alorrean, “pazientea okerrik egin gabe identifikatzea” 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategian<sup>3</sup> erantsi zen, ekintza-ildo espezifiko gisa, jarraibideak homogeneizatzeko eta pazienteak behar bezala identifikatzeko helburuz. Tarte horretan, hainbat ekintza egin dira ospitaleratutako pazienteen identifikazio fisikoa hobetze aldera, erakundearen aplikazio informatikoetan pazienteen identitatea egiaztatzearen garrantzia azpimarratzeko eta ospitaleratu gabeko pazienteen identifikazioa sustatzearen sareko puntu ezberdinetan. Aldi berean, pazienteek parte har zezaten egin da lan, herritarrak sentsibilizatzeko kanpaina baten bitartez, non identifikatzeko prozesuan parte hartzera bultzatzen baita pazienteak.

Gaur egun, eta identifikatzeko besokoaren eredu korporatibo bakarra ezartzeari esker, informazioaren eta komunikazioaren teknologietan oinarritutako proiektuak garatzen ari dira; proiektuok aukera ematen dute, batetik, pazientearen identitatea datu klinikoan erregistro edota kontsultarekin lotzeko, eta bestetik, probak eskatzeko bolanteetan agertzen diren pazientea identifikatzeko datuak egiaztatzeko, medikazioa segurtasun handiagoz emate aldera<sup>48,49</sup>.

## ■ HELBURUAK

**Helburu nagusia:** pazienteak oker identifikatzeko arriskua murriztea.

### **Helburu espezifikoak:**

1. Pazienteak behar bezala identifikatzea edozein jarduketari ekin baino lehen, ospitaleko zein lehen mailako arretako zerbitzuan.
2. Pazientea okerrik egin gabe identifikatzeko mekanismo eta prozedura espezifikoak garatzea Osasun Mentaleko egonaldi ertain-luzeko unitateetan eta Amatasun unitateetan ospitaleratutako pazienteentzat, bai eta horien erabilera homogeneizatzea ere zerbitzu-erakunde ezberdinetan.
3. Okerrik ez egitea lagin biologikoak identifikatzean eta beste prozesu diagnostiko zein terapeutiko batzuei lotutako informazioa antolatzean.
4. Dokumentazio klinikoa okerrik egin gabe identifikatzen dela ziurtatzea.
5. Paziente, senide eta zaindariak inplikatzeko, identifikatzeko prozesuan parte hartu dezaten eta dokumentazio klinikoan agertzen diren identifikazio-datuak egiaztatu ditzaten

## ■ EKINTZAK

2017-2020 aldian ildo hori garatzeko ekintzak honako hauek dira:

1. Aurreko estrategian abian jarritako ekintzak sustatzen jarraitzea, pazienteak behar bezala identifikatzeko irizpideak zabaltzeko eta okerrik egin gabe identifikatzeko prozedurak ezartzeko helburuz, ospitaleko zein lehen mailako arretako zerbitzuan.
2. Okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura ezartzea Osasun Mentaleko egonaldi ertain-luzeko unitateetan ospitaleratutako pazienteentzat, kasuotan nolabaiteko estigma ekar dezaketen



elementuak saihestuta.

3. Ama-jaioberria batera identifikatzeko Amatasun unitateetan erabiltzen diren sistemak estandarizatzea.
4. Lagin biologikoak kudeatzeko prozesuak ziurtatu eta homogeneousatzea eta laguntza teknologikoak sartzeko aukera balioestea, horiek identifikatzean ahalik eta akats gutxien egon dadin (OTI irakurgailuak, gailu mugikorretarako aplikazioak, etab.).
5. Edozein prozedura egin baino lehen (eta bereziki une erabakigarrien aurretik, esaterako, lagin biologikoak hartzea, diagnosi-probak eta ebakuntza kirurgikoak egitea, medikazioa ematea eta emaitzak jakinaraztea) pazienteak identifikatzearen edota haren identitatea egiaztatzearen garrantziari buruzko profesionalen zuzendutako sentsibilizazio-ekintzak garatzea.
6. Pazienteek, senideek edota zaindarien okerrik egin gabe identifikatzeko prozesuan parte har dezaten sustatzea, zeresan handiagoa izan dezaten laguntza-katearen mailatan modu aktiboan identifikatzeko unean eta txostenetan eta dokumentazio klinikoan azaltzen diren identifikazio-datuak zuzenak diren egiaztatzerakoan.

## ■ EBALUAZIOA

### 4. taula. "Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzea" ekintza-ildoaren adierazleak

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Behar bezala identifikatuta dauden ospitaleratutako pazienteen % (identifikatzeko besoko korporatiboa daramatenak)	% 100
Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko gomendioen protokoloa ezarri duten lehen mailako arretako zentroyen %	% 100
Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura daukaten egonaldi ertain-luzeko ospitalizazio psikiatrikoko zentroyen %	
Ama-jaioberria batera identifikatzeko sistema erabiltzen duten Amatasun unitateen %	
Lagin biologikoak antolatzeke prozedura ezarri duten erakundeen %	
Pazienteak eta zaindariaok okerrik egin gabe identifikatzeko prozesuetan inplikatzera zuzendutako ekintzak garatu dituzten erakundeen %	



## 4. EI. PAZIENTEEK BEREN SEGURTASUNEAN PARTE HARTZEA

### ■ OINARRIAK

Azken urteotan, gero eta garrantzi handiagoa eman zaio pazienteek beren osasunaren zainketan parte hartzeari. Hainbat azterlanek erakutsi duten legez, **pazienteek laguntza-prozesuan esku hartzeak** onura ugari ditu berekin, pazientearentzat berarentzat zein osasun-sistemarako<sup>50-54</sup>. Hala bada, pazienteek erabakietan parte hartuz gero, prestazioak are gehiago egokitzen dira herritarren benetako premietara; horri esker, bestalde, hobetu egiten dira laguntzaren emaitzak, bai eta profesionalen legitimotasuna eta sinesgarritasuna zein gaixoen duintasuna ere. Halaber, partaidetzak areagotu egiten ditu pazienteek sistemarekiko duten konfiantza eta haien gogobetetasun-maila.

Gure esparruan, *Demokrazia eta herritarren partaidetzarako liburu zuria*-k proposatzen du herritarrek ere parte hartu behar dutela zerbitzu publikoen diseinuan, horiek eraginkor bihurtzeko, doitzeko eta hobetzeko helburuz. Erakunde publikoek eta biztanleriaren sektore guztiek kalitatezko osasun-sistema baten eraketan parte hartzearen garrantzia azpimarratzeaz gain, non prebentzioaren alde egiten baita eta osasun-kultura sustatzen den, pertsonak beren osasunaz arduratzearen garrantziaz kontzientziatzeko ekimenak bultzatzea proposatzen du<sup>55</sup>.

Pazienteen eginkizuna aldatzen ari den arren, badira oraindik pazienteak osasun-sisteman eragile aktibo izateko zailtasunak; askotarikoak dira oztopoak (besteak beste, antolaketaekin, kulturarekin nahiz jarrerarekin zerikusia dutenak), eta sistemaren beraren ezaugarriei, hura osatzen duten profesionalen zein pazienteen beraiei daude lotuta<sup>56</sup>.

Hortaz, pazienteek eta herritarrek laguntza-prozesuan parte hartzeak erronka izaten jarraitzen du osasun-erakundeentzat; izan ere, pazienteak, osasun-profesionalak eta kudeatzaileak elkartzeko mekanismoak, erremintak eta baliabideak garatu behar dituzte, bai eta indarrak batu ere noranzko horretan<sup>57</sup>.

**Pazienteek beren segurtasunean parte hartzeari** dagokionez, frogatu da pazienteen partaidetzak eta ahalduntzeak onura nabarmenak dakartzala<sup>58</sup>, honako arlo hauetan:

- Diagnostiko zehatza egitea.
- Tratamenduari buruzko erabakietan parte hartzea.
- Medikazioa modu seguruan erabiltzen laguntzea.
- Tratamenduan izan litezkeen arazoak eta bestelako kontrako gertakari batzuk identifikatu eta jakinaraztea.
- Infekzioak kontrolatzeko ekimenetan parte hartzea.
- Norbere burua zaindu eta monitorizatzea.
- Erregistro klinikoak zehatzak diren egiaztatzea.
- Arreta-prozesuak egokiak diren ziurtatzea.
- Iritzia ematea arreta segurtasun-kontuetan jartzeko.





Beraz, pazienteen esperientziak eta gaitasunak ezagutu eta baliatu behar dira laguntzaren segurtasuna hobetzen laguntzeko. Sistemari balio erantsia gehitzeko modu berritzailea da, oinarri hartzen baitu pazienteak duela, profesionalak ez bezala, laguntza-prozesuaren ikuspuntutik osoena, inork baino hobeto ezagutzen dituelako bere sintomak eta tratamenduekiko nola erreakzionatzen duen; halaber, haren ongizatea eta erdietsitako emaitzak hartzen dira ardatz; pazienteak beti dago zainketa; sintomaren bat aldatzen denean jakiten lehena da, eta arreta ematen dion taldeari jakinaraz diezaioke; askotan, gainera, arreta partziala ematen dioten profesionalak baino informazio gehiago izan dezake laguntza-prozesu globalari buruz<sup>59</sup>.

Labur esanda, segurtasuna pazientearen ikuspegitik jorratu behar da; horretarako, ezinbestekoa da pazientearen segurtasunaren kontzeptua berriz aztertzea eta zabaltzea, pazienteak segurtasun-hesi izan baitaitezke. Hala, pazienteek, senideek eta zaindariak modu aktiboan parte hartzea lagungarria izan daiteke osasun-laguntzan sortzen diren akatsetako batzuk saihesteko edota gaiz antzemateko.

Pazienteak beren segurtasunean inplikatzeko ez da lan erraza. Ikuspegi osoa eta orekatua behar da, pazientearen eginkizuna erantsi eta indartzen duena, ahaztu gabe osasun-sistemak duela emandako arretaren segurtasunaren ardura nagusia. Horrela islatzen du, hain zuzen ere, 147/2015 Dekretuak, uztailaren 21ekoak, Euskadiko osasun-sisteman pertsonen Eskubideei eta Betebeharrei buruzko Aderazpena onartzen duenak. Izan ere, dekretu horretako 4. artikuluan aipatzen da **“segurtasun klinikoaren izateko eskubidea**, asistentzia sanitarioak berekin dakartzen arriskuak hautemateko eta prebenitzeko mekanismo egokien bidez”<sup>60</sup>. Pazienteak, beraz, gehiago parte hartu beharko du: erabakietan esku hartuko du, laguntza-prozesuan hautematen dituen akatsak edo hutsegiteak jakinaraziko ditu, analisiaren ondoriozko hobekuntzen ezarpenari buruz aholku emango du, segurtasun-gertakariak kudeatuko ditu eta osasun-erakundearen segurtasun-batzordeetan zein segurtasun klinikoaren hobetzera bideratutako proiektuen diseinuan eta plangintzan parte hartuko du<sup>61</sup>.

## ■ AURREKARIAK

Osakidetzako 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategian pazienteak asistentzia sanitarioaren segurtasunean inplikatzeko aukera balioetsi zen sustatu beharreko ildo berrien artean. Pazienteek beren segurtasunaren alde egin dezaketena jakin dezaten, eta ildo horretan modu aktiboan parte hartu dezaten, herritarrak sentsibilizatzeko kanpaina bat garatu zen, antzemandako hiru arrisku-erlotan ardatzuta: pazientearen identifikazioa, pazientearen eta profesionalaren arteko komunikazioa eta tratamendu farmakologikoaren segurtasunari buruzko alderdiak. 2013ko amaieran sortu zen kanpaina hura, segurtasun-erreferenteen ekimen gisa, eta 2015ean hedatu zen, hainbat komunikabideren bitartez, besteak beste: kartelak, triptikoak, Osakidetzaren webguneko banner-ak.

2016. urtearen hasieran, pazientearen segurtasunaren alorreko profesional adituen lantalde integratua osatu zen, herritarrak pazientearen segurtasunean inplikatzeko esperientzietan aritutako zerbitzu-erakundeetako profesionalak eta Laguntza-integratzioko eta Kronikotasuneko Zerbitzuko (jarduera-ildoak Osasun Eskolarekin eta Paziente Aktiboaren programarekin duen loturagatik) eta BIOEFeko profesionalak osatua (hiritarrak osasunaren eremuan inplikatzeko proiektuak gartzen duten esperientziagatik). Egoera aztertzean, agerian jarri zen pazienteak segurtasun klinikoaren



oinarrizko kontzeptuetan hezi eta sentsibilizatu behar zirela (zer da segurtasun-arazo eta zer ez) jazotako gertakariak jakinarazi eta balioetsi baino lehen<sup>62</sup>.

Aldi berean, pazientearen segurtasunaren alorreko erkidego-mailako azken aurrerapena etorri da; 78/2016 Dekretua, maiatzaren 17koa, Euskadiko osasun-zentro eta -zerbitzuetan osasun-laguntza jasotzen duten pazienteen segurtasun-neurriei buruzkoa. Osakidetzako osasun-erakundeetan eta barneratze-erregimena duten nahiz kirurgia handi ambulatorioko jarduerak garatzen dituzten zentro pribatuetan da aplikatzekoa dekretua, eta segurtasun-planak zein gertakariak jakinarazteko sistemak ezartzeko betebeharra xedatzen du. Izan ere, 9. artikulua araberan, **“persona orok, izan osasun-zentroko profesional izan erabiltzaile, nahi izanez gero, eman ahal izango du osasun-laguntzako segurtasunarekin zerikusia duten kalterik gabeko gertakari mota guztien berri”<sup>63</sup>.**

## ■ HELBURUAK

**Helburu nagusia:** pazientearen eta haren gertuko ingurunearen (senideak edota zaindaria) partaidetza sustatzea, laguntza-prozesuan segurtasunari euste aldera.

### Helburu espezifikoak:

1. Paziente, senide eta zaindariai segurtasunari loturiko funtsezko alderdien gaineko prestakuntza ematea.
2. Pazienteek, senideek edo zaindarien laguntza-prozesuan antzematen dituzten gertakari edota egoera arriskutsuen berri ematea.
3. Pazienteek hobetzeko neurrien proposamenean parte har dezaten sustatzea.
4. Paziente, senide eta zaindarien ikuspuntua eta esperientziak eranstea antzemandako segurtasun-gertakarien edota egoera arriskutsuen balorazioan.
5. Paziente, senide eta zaindarien gaitasunak indartzea osasun-sistemeekin harremanak dituztenean segurtasun-hesi izan daitezten.

## ■ EKINTZAK

2017-2020 aldian pazienteek beren segurtasunean parte har dezaten sustatzen jarraitzeko, zenbait ekintza mahaigaineratu dira, besteak beste:

1. Paziente, senide eta zaindariaientzako informazio- eta sentsibilizazio-jarduerak garatzea, bai eta dibulgaziozko kanpainak ere herritar guztientzat oro har:
  - Zerbitzu-erakundeetan garatu eta probatu diren taldekako sentsibilizazio- eta prestakuntza-ekintzak zabaltzea erakunde-mailan.
  - Pazienteei sareko laguntza-zentroetan harrera egiteko planak berrikustea eta horietan beren segurtasunarekin lotutako alderdi zehatzak gehitzea.



- Dibulgaziozko beste material batzuk diseinatu eta prestatzea, hala nola liburuxka espezifikokoak edo bideoak, banaka edo taldeka zuzenean zabaldu daitezkeenak nahiz masa-komunikabideen edota sare sozialen bitartez zeharka hedatu daitezkeenak.
  - Pazientearen segurtasunaren kultura sustatzea “Paziente aktiboa” programako jardueretan.
  - Atari korporatiboak baliatzea (O-sarean eta Osasun karpeta) herritarrei oro har informazioa emateko.
  - Autonomia-erkidegoan antolatuta dauden eragile edo sareak identifikatzea (pazienteen elkarteak, tokiko osasun-sareak...) eta beren indarrak baliatzea herritarrengan segurtasunaren kultura zabaltzeko.
  - Helburu horrekin bat, gure inguruko masa-komunikabideek osasunarekin uztarturiko informazioa eta mezuak helaraztea.
2. Pazienteek antzematen dituzten segurtasun-gertakarien eta egoera arriskutsuen berri emateko helburuari dagokionez, honako hau proposatzen da:
- Pazienteek jarritako kexak eta erreklamazioak baliatzea eta informazio-iturri osagarritzat hartzea erakundearen jazotako segurtasun-arazoei buruz<sup>64</sup>.
  - Pazienteek hobetzeko iradokizunetan emandako informazioa balioestea eta sistema indartzeko balio duten alderdiak eranstea.
  - Gogobetetasun-galdeketa berrikustea eta pazienteek segurtasunaren gainean duten pertzepzioari buruzko galderak gehitzea.
  - Aukera ematea herritarrek segurtasun-gertakarien berri eman dezaten, horretarako komunikabideak irekiz, paperean zein formatu elektronikoan.
3. Pazienteek hobetzeko ekintzak diseinatzen eta aplikatzen parte har dezaten sustatzeko helburuari eta segurtasun-gertakariak aztertzeko eta kudeatzeko unean beren ikuspuntua txertatzeari dagokienez, gomendagarri dirudi honek:
- Pazienteen partaidetza bultzatzea, bai banaka, bai kolektiboek ordezkaturik (pazienteen elkarte eta federazioen edo beste erakunde batzuen bidez), zerbitzu-erakundeetako Segurtasun Batzordeetan.
  - Pazienteen elkarteekin komunikazio-bideak ezartzea laguntzaren segurtasuna hobetzeko proposamenak eransteko, beren esperientziak oinarri hartuta.
4. Pazienteen gaitasunak indartzeko prestakuntza-ekintzak garatzea, segurtasun-hesi izan daitezkeen laguntza-prozesuetan:
- Segurtasun klinikoari buruzko prestakuntza-programak sustatzea, pazienteei berriaz zuzenduta.
  - Pazientei segurtasun klinikoari buruzko prestakuntza ematen dieten hezitzaileentzako prestakuntza-programak abian jartzea.



**EBALUAZIOA**

**5. taula. “Pazienteek beren segurtasunean parte hartzea” ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Pazienteei berariaz zuzendutako segurtasun klinikoari buruzko sentsibilizazio- eta prestakuntza-ekintzak egin dituzten erakundeen %	% 25 (2018) % 50 (2019) % 75 (2020)
Beren harrera-planak berrikusi eta horietan pazientearen segurtasunari buruzko informazioa erantsi duten erakundeen %	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Gogobetetasun-galdeketeran segurtasun klinikoaren gaineko galderak erantsi dituzten erakundeen %	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Pazientearentzako eta Erabiltzailearentzako Arreta Zerbitzuetako (PEAZ) profesionalen berariaz zuzendutako pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza-saioak egin dituzten erakundeen %	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
PEAZko profesionalen segurtasun-erreferenteei helarazitako keza eta erreklamazio kopurua, segurtasun-arazoei buruzko informazioa izateagatik	–
Egindako analisi kopurua, jasotako gertakariak eta kexetan eta erreklamazioetan sorburua duen informazioa oinarri hartuta	–
Pazienteek eta herritarrek segurtasun-arazoen berri emateko beste komunikazio-bide batzuk gaitu dituzten erakundeen %	% 25 (2018) % 50 (2019) % 75 (2020)
Pazienteek, senideek, zaindarien edota herritarrek (bide horietatik) jakinarazitako segurtasun-gertakarien kopurua	–
Pazientearen segurtasuna hobetzeko ekintzak garatze aldera, pazienteen elkarte edo federazioekin komunikazio-bideak ezarri dituzten erakundeen %	% 25 (2018) % 50 (2019) % 75 (2020)
Segurtasun Batzordeetan edota pazientearen segurtasunaren alorreko lantaldeetan pazienteak gehitu dituzten erakundeen %	% 25 (2018) % 50 (2019) % 75 (2020)
ESIk Pazientearen Segurtasun Batzordean modu aktiboan parte hartzen duen paziente kopurua	–
Pazientearen segurtasunaren alorreko lantaldeetan modu aktiboan parte hartzen duen paziente kopurua	–



## 5. EI. MEDIKAZIOAREN KONTZILIAZIOA

### ■ OINARRIAK

Sendagaiak segurtasunez erabiltzeak berebiziko garrantzia du laguntza-trantsizioetan. Ospitaleratzeez, unitateen edo zerbitzuen arteko lekualdaketek nahiz beste laguntza-eremu batzuetara transferitzez bide ematen dute akatsak egiteko pazienteen medikazioa erabiltzean, esaterako, medikuaren aginduetan edo alta-txostenetan baten bat ez sartzeagatik, dosiak nahasteagatik edo bikoiztasunak egoteagatik<sup>65</sup>. Ospitalean sartu edo alta hartzen duten pazienteen % 67k baino gehiagok jasaten dituzte aipatutako bat ez etortzeak<sup>66</sup>. Horietatik % 11 eta % 59 bitartean gai dira pazienteari kalte egiteko eta, hartara, baliteke alta eman eta hogeita hamar egun igaro baino lehen pazientea larrialdi-zerbitzuetara joan edo berriz ospitaleratu behar izatea.

Medikazioa kontziliatzea baliagarria da halako akatsak saihesteko. Pazientea hartzen ari den sendagai guztiak modu sistematizatuan berrikusi behar dira. Sendagaien zerrenda zehatza lortuko da, pazienteak hartu beharko lukeen zerrendarekin erkatuko dena, eta haien artean egon litezkeen nahi gabeko bat ez etortzeak identifikatu eta konponduko dira. Bestalde, arreta berezia jarriko da laguntza-trantsizio bakoi-tzean gehitzen, aldatzen edo kentzen diren sendagaietan. Beste prozesu batzuei lotuta egon liteke honako prozesu hau, esate baterako, pazientearen hezkuntza bera edo ospitaleko alta planifikatzea. Medikazioa kontziliatuz gero, uste da hutsegite horien % 85 murriz litekeela<sup>67</sup>. Nazioarteko hainbat erakunde gomendatzen dute praktika hori, besteak beste, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Quality Forum (NQF) eta Joint Commission erakundeek edota Osasunaren Mundu Erakundeak (OME). Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak Osasun Sistema Nazionalaren 2015-2020 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategian<sup>18</sup> erantsi du aipatu praktika, batik bat hainbat sendagai aldi berean hartzen dituzten paziente kronikoei eta arrisku handiko pazientei zuzenduta. Komeni da, bestalde, inplikaturako eragile guztiek parte hartzea (pazienteaz arduratzen diren profesionalek, pazienteak/zaindariak, erkidegoko farmaziak, etab.).

### ■ AURREKARIAK

Osakidetzako 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategian bi ikuspuntutatik heldu zi-tzaion prozesuari: batetik, Presbideren (sendagaiak preskribatzeko erreminta informatiko korporatiboa) eta horren erabileraren hobekuntza teknikoak identifikatzea, bateratze-prozesuak errazte aldera; bestetik, medikazioa kontziliatzeko programa espezifiko bat garatzea, lehen arretako zerbitzuetatik aplikagarri dena.

Europako PaSQ ekintza kooperatiboan parte hartzeko MSSSIk jasotako eskaintzak ekintza-ildo horretara bideratu zituen aurrerapenak, proiektu hartan parte hartzearen ondorioz ikasitakoa programa definitzeko baliatzeko helburuz. PaSQ (Pazientearen Segurtasunerako eta Zainketen Kalitaterako Europar Batasuneko Sarea) ekintza kooperatiboaren xedea pazientearen segurtasuna sustatzea da Europar Batasunaren eremuan, bai eta estatu kideen zein laguntzaren kalitaterekin eta pazientearen segurtasunarekin lotutako bestelako elkarte interesdunen artean esperientziak trukatzeko ere, pazienteen partaidetzari arreta berezia eskainita. 2012ko apirilean abiatu zen, eta zazpi lan-paketetan dago antolatuta (Work Package izenekoak), hainbat herrialdek gidatzen dituztenak. Hain zuzen ere, Alemania buru den WP5 paketea dago jasota, besteak beste, medikazioa kontziliatzea praktika se-guru gisa<sup>68</sup>. Estatuan, MSSSIk WP5-en ezarpena koordinatu zuen, Carlos III.a Osasun Institutuarekin elkarlanean. Ezarpen hori 2013ko azarotik 2014ko urrira bitartean egin zuten. Horrez gainera, luza-pen aldi bat ere adostu zuten, 2015eko irailetik 2016ko martxora bitartekoa. Osakidetzako hamaika



zerbitzu-erakundek parte hartu zuten WP5-en, eta medikazioa kontziliatzeko programa ugari ezarri zituzten, dela irismenari begira (kontziliazioa ospitaleratzean bakarrik, alta ematean edota bietan), dela xede-populazioari begira (65 urtetik gorako paziente pluripatologikoak, ospitale-zerbitzu jakin batean ingresatutako edota alta emandako pazienteak...)<sup>69</sup>.

Partaidetza horretatik ondorio interesgarriak atera ahal izan dira, besteak beste: zuzendaritza-taldeen babesaren garrantzia prozesuaren garapenean; teknologiaren eginkizuna, faktore bideragarri gisa; eta pazienteei, zaindarien eta senideei parte hartzeko beharra. Agerian jarri ziren, halaber, oztopo nagusiak, hain zuzen ere: osasun-profesionalek aldaketarekiko erakutsitako erresistentzia edo baliabiderik ez egotea.

## ■ HELBURUAK

Ildo honen helburu nagusia da medikazioa kontziliatzeko programa korporatibo bat garatzea, Farmazia Zerbitzuarekin eta Osasun Informazioa eta Kudeaketa Zuzendariordetzarekin lankidetzan.

## ■ EKINTZAK

WP5-a amaitutakoan, diziplina anitzeko lantalde korporatibo bat sortzea proposatu zen, medikazioa kontziliatzeko programa korporatiboa definitzeari berriz ekiteko, PaSQ proiektuei esker erdietsitako ezagutzak baliatuta. Zehaztapen hori bestelako ikusmolde batetik abiatuta egingo da:

- Osakidetza orain sartuta dagoen laguntza txertatzeko prozesuaren esparruan, medikazioa kontziliatzeko programak erakunde guztiei zuzenduko zaizkie, bai eta lehen arretako zein arreta espezializatuko arloei ere.
- Alta emateko unean garatzen hasiko da medikazioa kontziliatzeko programa korporatiboa; kontuan izango da faktore giltzarria dela ospitaleko altaren kontziliazioa ospitaleratzeke unean bertan hasten dela onartzea. Horren harira, pazientearen medikazioaren zerrenda eguneratua lortuko da lehen mailako arretako zerbitzutik eta arreta espezializatuko zerbitzutik, ospitaleratzean jazotzen diren aldaketekin.
- Pazientearen arretan inplikaturako laguntza-arlo ezberdinetako profesionalen artean etengabeko harremana sustatzea eta erraztea.

## ■ EBALUAZIOA

### 6. taula. “Medikazioaren kontziliazioa” ekintza-ildoaren adierazleak

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Sendagaiak bateratzeko programa bat izatea pazientearen asistentzia-trantsizioetarako, berrikusita eta eguneratuta	Erabilgarri
Medikazioa kontziliatuta duen paziente kopurua x 100 / xede-biztanleriaren paziente kopurua (kontziliazioa egiten den une bakoitzeko banakatu ahal izango da adierazlea: ospitaleratzea, alta, lekualdaketa)	% 75
Justifikatu gabeko desadostasun kopurua / Kontziliatutako pazienteak guztira (kontziliazioa egiten den une bakoitzeko banakatu ahal izango da adierazlea: ospitaleratzea, alta, lekualdaketa)	2



## 6. EI. ERRADIAZIO IONIZATZAILEA ERABILTZEN DUTEN PROBA DIAGNOSTIKOEN PRESKRIPZIOA OPTIMIZATZEA

### ■ OINARRIAK

Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoak nagusi dira gaur egungo laguntza-eremuan. Azken urteotan esponentzialki hazi da aipatu proben erabilera, nahiz eta aski ezagunak diren bizitzan zehar metatutako erradiazio-dosiek izan ditzaketen ondorio kaltegarriak, hala nola erradiazioaren ondoriozko minbiziak<sup>70-72</sup>. Ezin uka daiteke osasun-laguntzan erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoak baliatzeak arrisku bat duela berekin; beraz, arrisku hori murriztu beharko litzateke, proba horiek egiteak dakartzan onurei uko egin gabe.

Arriskua murrizteko printzipio horrek bi oinarri ditu:

- Proba bakoitza egiten den egoerak zentzuz hautatzea, hau da, proba egitea behar bezala justifikatuta egotea. Emaitzak diagnosis edo tratamendua ezartzeko eragina badu baino ez da erabilgarria proba. Eskabide guztietan, aintzat hartu beharko da erradiazio ionizatzailea erabiltzen ez duen aukerarik dagoen (ekografia, erresonantzia magnetikoa) edo azterketa hori beste laguntza-guneren batean berriki egin den, berriz egin behar ez izateko.
- Erabilitako dosia optimizatzea, diagnosi-informazio nahikoa lortze aldera pazienteari beharrezkoa ez den dosirik eman gabe. Printzipio hau betetzeko, ezinbestekoa da profesional eska-tzaileak informazio kliniko nahikoa ematea, prozedura eta teknika aproposak erabil daitezen. Miaketaren parametro teknikoak egokitzuz gero, igorritako dosiaren % 30 murriztu daiteke, irudiaren kalitatea gehiegi txikitu gabe.

Arriskua gutxitzea lehentasuna da erradiazioaren eraginarekiko kalteberagoak diren biztanle taldeen-tzat, hots, pediatriako populazioarentzat eta haurdunentzat. Bereziki kontuan izan behar da erradiazio-dosi gehiagoren igorpena dakarten probak eskatu eta egiterakoan, ordenagailu bidezko tomografia axialak (OTA) nahiz erradiologia interbentzionistak, kasurako.

Gure inguruan, Legeak arautzen ditu biztanleriaren babes erradiologikoaren printzipioak, besteak beste: 2013/59/Euratom Zuzentarauak, 1976/1999 Errege Dekretuak, 783/2001 Errege Dekretuak, 1439/2010 Errege Dekretuak eta 815/2001 Errege Dekretuak<sup>73-77</sup>. Erradiazioekiko esposizio me-dikoa justifikatzeko premia azpimarratzen dute araudiok, baita sintomarik ez duten pertsonengan ere; nabarmentzen dute, halaber, komeni dela baldintza zorrotzagoak jartzea pazienteei eman beharreko informazioan, erregistroan eta prozedura medikoen dosien jakinarazpenean, bai eta diagnostikoa egi-teko dosien erreferentzia-mailen erabileran ere.

Hasieran, arlo horretan egindako aurrerapen teknologikoen helburua zen ahalik eta kalitaterik onene-ko irudiak lortzea. Hala ere, eskuragai dugun ebidentziak agerian jarri ditu bizitzan zehar erradiazio-dosiak metatzeak dakartzan arriskuak. Hori dela eta, diagnosis egiteko nahikoa kalitate duten irudiak bilatzea da oraingo xedea, proba egitean igorritako erradiazio-dosiak zainduta, betiere. Hala, erradio-diagnostikoko ekipamenduetan egindako azken aurrerapenak aukera ematen ari dira dosiak % 20 eta % 50 bitartean gutxitzeko.



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

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

## ■ AURREKARIAK

2010. urteaz geroztik, Osakidetza erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proben erabilera optimizatzeko ekintzak garatzen ari da, batez ere populazio pediatrikoari dagokionez. Horren xede nagusia da proba horien erabilera arrazionalizatzea; horretarako, preskribatzaileak zein erradiologoak babes erradiologikoarekiko sentsibilizatu behar dira, eta metatutako dosiari buruz behar den informazioa paziente bakoitzaren eskura jarri behar da.

2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategian alderdi horretarako berriazko ekintza-ildo bat sartzek ekintza hauei bultzada bat eman die:

- Informazio-faszikulu bat banatu da probak justifikatzeko premiari buruz, pediatrian beharrezkoak ez diren azterketak saiheste aldera; horretarako, ezinbestekoa da mediku preskribatzaileari erradiodiagnostikoko eta medikuntza nuklearreko proba ezberdinen dosi-aldearen berri ematea.
- Faszikulu horretan oinarrituta, sentsibilizazio-saioak egin dira erradiologo, pediatra eta beste profesional preskribatzaile batzuekin.
- Proba ezberdinen (OTak eta mamografiak, esaterako) dosi-adierazleen erregistroa txertatu da historia klinikoan (Osabide Globaleko historia dosimetrikoa).
- Erradiologo eta erradiofisikarien eskura jarri da proba ezberdinen dosiari buruzko datuak ustiatzeko sistema bat, xede hauetarako:
  - Datuen sendotasuna edota zuzenketa-faktoreren bat behar den egiaztatzea, gailu bakoitzaren kalibrazioaren arabera.
  - Probak egiteko protokoloen oinarritzko ustiapena egitea, protokoloak doitu ahal izateko.
  - Parametro zehatzetan oinarritutako ikerketa espezifikoak (DLP, dosi eraginkorra eta CTIvol).
  - Erreferentzia-balioak finkatzea, protokoloak bateratzea eta ohiz kanpoko egoerak antzematea.

## ■ HELBURUAK

2017-2020 aldirako ekintza-ildo honek helburu hauek izango ditu batik bat:

1. Umeetan zein helduetan erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzeko ekintzak sustatzea.
2. Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten probak egiteko berriazko protokolo adostuak aplikatzea erakunde osoan, aldakortasuna saiheste aldera.





3. Metatutako datuak ustiatzea historia dosimetroari esker, behar den erradiazio-dosia modu eraginkorrean doitzearren.

## ■ EKINTZAK

Proposatutako helburuak lortzeko, honako ekintza hauek mahaigaineratu dira:

1. Pazienteek jasotako dosi eraginkorrei buruz preskribatzaileei emandako informazioa hobetzea:
  - Mamografiaren dosiei buruzko datuak erantsiko dira Osabide Globaleko historia dosimetroan.
  - Erradiologia interbentzionistaren dosiei buruzko datuak erantsiko dira historia dosimetroan.
2. Preskribatzeko laguntzak ezartzea:
  - Erradiazio ionizatzailearen dosi handiak igortzen dituzten proben (OTAk, adibidez) preskripzioa laguntzeko funtzionalitateak Osabide Globalen txertatu edo ez aztertzea (zenbait zerbitzu-erakundeek ildo horretan garatu dituzten esperientzietan oinarrituko da prozesua).
3. Dosi handiak igortzen dituzten probak egiteko protokoloak berrikustea eta horien erabilera egokia sustatzea:
  - Horretarako, proba horien dosiei buruzko datuak ustiatzeko sisteman eskuragai dagoen informazioa erabiliko da.
4. Proba horietan erabilitako dosiaren gainean eskuragai dauden datuen ustiapena sistematizatzea:
  - Txosten-eredu homogeen bat diseinatuko da zerbitzu-erakunde guztietarako.
  - Proben hitzordu-prozedurak berrikusiko dira, ustiatutako datuak bat etor daitezten.

## ■ EBALUAZIOA

**7. taula. “Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten proba diagnostikoen preskripzioa optimizatzea” ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Erradiazio ionizatzailearen dosi handiak igortzen dituzten probetan erabilitako dosiei buruzko datuak ustiatu eta aztertzeke plan sistematizatu eta dokumentatua duten erakundearen proportzioa (halako probak egiten dituzten erakundeetan baino ez da aplikagarria)	% 100
Erradiazio ionizatzailearen dosi handiak igortzen dituzten proben protokoloak berrikusteko plan sistematizatu eta dokumentatua duten erakundearen proportzioa, proba horietan erdietsitako dosiei buruzko datuak aztertuta (halako probak egiten dituzten erakundeetan baino ez da aplikagarria)	% 100



## 7. EI. TRANSFUSIO-SEGURTASUNA

### ■ OINARRIAK

Duela lau urte zehaztutako ildo estrategiko hori egotearen justifikazioa ez da gehiegi aldatu. Berriki, aldaketa txikiak jazo dira odol-osagaien donazioan zein transfusioan, zio hauek direla-eta batik bat: biztanleria zahartzea, globalizazioak emaleen hautespenean dituen eraginak edo hartzaile-profila aldatzea, osasun-laguntzan teknologia eta ezagutza hobetzeagatik. Euskal Autonomia Erkidegoan, odola edo ehunak emateak eta odol-osagaiak, ehunak edo zelulak hartzeak/ezartzeak 100.000 lagun ingururi eragiten die oraindik urtero. Halako produktuak kudeatzeak erkidegoko osasun publikoan duen eragina aurreko dokumentuan aipatzen zena baino handiagoa da, hedatzen ari diren infekzioak agertzeagatik edota hurbiltzeagatik, Zika edo Mendebaldeko Niloko birusa, adibidez. Produktu horien hartzaileek unean-unean jasan ditzaketen kontrako gertakari eta efektuak ebaluatzen jarraitzen dugu; hala bada, horien presentziaren berri ematen dugu, eskualdeko, Estatuko eta nazioarteko zirkuituen arabera, bai eta efektuok murrizteko neurriak hartu ere, hala nola emaleak zuhurtziaz hautatzea eta behar bezala prozesatzea, aztertzea, biltegiatzea eta banatzea. Gertakaririk usuenak agente infekzio-soen 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 lau urteotan transfusio-prozedura korporatibo bat garatu eta ezartzeari ekin zaio; izan ere, amaitzear dago prozeduraren ezarpena. Prozedurak honako hauek hartzen ditu barnean: transfusiorako laborategiko ekipamenduen automatizazio baliokidea; baterako informazio-sistemak ezartzea, informazio garrantzitsua berehala egon dadin eskuragai zentro guztietan; azken belaunaldiko teknologiak txertatzea identifikatzeko faseetan; eta Osabide Globalen erantsitako odol-osagaien lagundutako eskabide elektronikoa abian jartzea, preskribatzeko prozedura hobetze aldera.

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

### ■ 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 borondatetzkoa, baldintzarik gabea eta ordaingabea izatea (etengabe eutsi behar zaio kontzeptu horri, horren unibertsalizazioa arriskuan jar dezaketen alarmak agertzen baitira etengabe); emaleak hautatu ondoren azterketa kliniko-epidemiologiko jarraituak egitea, 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 analitikoa egitea; GMP (Good Manufacturing Practice) produktuak ondo ekoizteko neurriak hartzea; edo 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 dokumentuak zioenaren arabera, “Neurri horiek guztiak Europako eremuan indarrean dauden arau eta estandarretan definituta daude, ondasunen eta pertsonen mugimendu askea egitate bihurtu delako Europan; beraz, erakundeak behartuta daude produktu horiek osasun publikoaren arloan sartzera eta nazio mailaz haraindi ere kontrolatzera<sup>78-81</sup>. Horiek horrela, hemozaintza- eta biozaintza-programak funtsezkoak dira gaur egun Europar Batasunaren estatu kide guztiek erabaki komunak eta espezifikoak har ditzaten eta guztiek ezagut ditzaten”.

## ■ EGUNGO EGOERA

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 emaitzen osasunerako.
- Ospitaleek agintaritza eskudunak ezarritako formularioen eta Europar Batasuneko argibideen arabera azaldu behar dituzte beren jakinarazpenak. Gertakaririk ez badago ere horren berri emango da, sistema indarrean eta operatibo dagoela bermatze aldera.
- Ez da berriki berretsi transfusioen bidez birus-, parasito- edota bakterio-transmisiorik izan denik. Hala ere, horrek ez du esan nahi gertatu ez direnik; beraz, erne egon beharko da, eta trazabilitatea bermatzeko neurriak muturreraino eramango dira.
- Orain arte, jakinarazitako kasu gehienak “ia gertakariak” izan dira, eta arrazoi ohikoenak lagin-erazketa edo pazientearen identifikatzea izan dira. Duela gutxi kontu hori murriztera bideratutako sistema teknologikoak ezarri direnez gero, espero da halako gertakariak berehala murriztea.
- Nolanahi ere, nahitaezkoa da “ia gertakariak” diren kasuak ere jakinaraztea eta erregistratzea; izan ere, erroreok konplikazioak sortu aurretik antzematen direnez, aurrez aztertu eta zuzendu daitezke gerora transfusio-akatsa eragin dezaketen prozesuko urratsak. Orientagarriak dira, halaber, ospitaleko ohiko prozedura jakin batzuen kalitateari dagokionez.
- Osasun-langileen prestakuntza eta transfusio-prozesuaren informatizazioa (alertak txertatzea nahiz preskripzioa historia kliniko elektronikoan bertan edukitzea) lagungarri dira pazientearen segurtasuna hobetzeko eta osagaiak hautatzean egiten diren akatsak murrizteko.
- Antzeko ezaugarriak dituzten ospitaleek informazio desberdina bidaltzen jarraitzen dute transfusioen erreakzio kaltegarriei buruz; beraz, pentsa daiteke erreakzio kaltegarriak desberdin identifikatzen direla, edo ez direla jakitera ematen.



- Sare pribatuko ospitaleen parte-hartze handiagoa lortu behar da. Bai eta hemozaintza-sistematik 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 behin eguneratzea erkidegoko aldaera epidemiologikoen eta demografikoen arabera. Osasun Saileko Osasun Publikoaren Zuzendaritzarekin elkarlanean eta Europar Batasunaren European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) zentroak aldi-aldi egindako dokumentuekin bat.
2. Gaixotasun infekziosoen transmisioaren hondar-arriskua gutxitzea emaile seguruak fidelizatuz eta markatzaileen detekzioan sentikortasun handieneko teknologia automatizatuak erabiliz: birus- eta bizkarroi-serologia, birus-detekzio genomikoa eta bakterio-detekzioa. Zerikusia duten agenteak: BHB, CHB, GIB, HTLV I eta II, *Treponema pallidum*, *Trypanosoma cruzi*, Paludismoa, Mendebaldeko Niloko Birusa edo zitomegalobirusa. E hepatitisaren birusaren egoera ere zaindu behar da.
3. Immunitate-istripuak gertatzeko arriskua txikitzea emaileak eta osagaiak behar bezala sailkatuta, eta transfusioen segurtasuna handitzera zuzendutako teknologia korporatiboak ezartzea prozesuaren etapa desberdinetan egindako identifikazio-akatsak murriztuz. Ia ezarrita dago jadanik neurri hori, arestian esan den legez.
4. Pazientearen segurtasunerako lehen mailako oinarritzko baldintza gisa odol-osagaien erabilera optimorako neurriak eta PBM (Patient Blood Management) ezartzea ospitaleetan<sup>82</sup>. Tresnarik baliagarrienetako bat izango da lagundutako ESKAERA ELEKTRONIKOA ezartzea erakundean. Horri esker lortuko da ospitale-zerbitzuetako transfusioen kalitateari eta prozedura-ohiturei buruz ezagutza zehatza izatea, profesionaleri transfusio-arreta hobetzen laguntzeko lehen neurri gisa. Izan ere, beharrezkoa denean baino ez dira egingo transfusioak, eta infratransfusioa gertatzeko arriskuak murriztuko dira.
5. Zaintza-programak sendotzea erabakiak hartzeko ezaguera-iturri gisa, eta gertakarien aitortza sustatzea, pazienteengan eta emaileengan efekturik izan zein ez, horretarako ezarritako bi-deak erabiliz<sup>83</sup>. Zaintza-programek honako hauek hartzen dituzte barnean: hemozaintza (odol-osagaiak), biozaintza (zelulak eta ehunak), materiozaintza (giza jatorriko substantziak ekoizteari eta erabiltzeari lotutako materiala eta ekipamendua) edo farmakozaintza (erkidegoko emaileen giza plasman jatorria duten farmazia-ekoizpeneko plasma-deribatuei dagokienez). Ildo horretan, proiektu bat aurkeztu zaio Osakidetza Zuzendaritza Nagusiari, *Parte Hartu* plataformaren esparruan, programen eraginkortasuna handitzeko helburuz.



■ **EBALUAZIOA**

*8. taula. "Transfusio-segurtasuna" ekintza-ildoaren adierazleak*

<b>ADIERAZLEA</b>
<b>Kontrako efektuen kopurua</b>
Alergikoak
Sukarrak
TRALI
Hemolitikoak
Aloimmunizazioa
Ostalariaren aurkako injerto-gaixotasuna
Transfusio-purpura
Infekzio bakterianoa
Infekzio birikoa
Infekzio parasitarioa
Birikako edema kardiogenikoa
Hemosiderosia
Kontrako efektu larriak odol-emaileengan
<b>la gertakarien kopurua</b>
<b>Kontrako efektuen ehunekoa (transfusioan emandako osagaien gainean)</b>
<b>Transfusioan emandako unitateen kopurua</b>
Hematiak
Plaketak
Plasma



## 8. EI. OSASUN-LAGUNTZAREKIN ERLAZIONATUTAKO INFEKZIOEN PREBENTZIOA ETA KONTROLA

### ■ OINARRIAK

Osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioak (OLEI) erronka dira osasun-sistemetan, horiei loturiko arriskuak murrizteko egiten diren ahaleginak gorabehera. Biztanleria zahartzea, immunitatearen konpromisoa zenbait arrisku-taldetan, osasun-laguntza gero eta gehiago instrumentalizatzea diagnosi-zein terapia-mailan, antibiotikoekiko erresistenteak diren bakterioak garatzea... faktore horien guztien ondorioz, osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioek osasun publikoko arazo larria izaten jarraitzen dute, hala morbiditate- eta heriotza-tasarengatik nola arretaren kalitatean zein osasun-gastuan duten eraginarengatik<sup>84</sup>. OLEIak, gainera, tratatzeko zailak izan daitezke, antibiotikoekiko erresistenteak diren mikroorganismoak agertzen dira eta.

OLEI kontzeptua ospitaleko eremutik harago joan da, eta pazienteari ospitalean bertan zein ospitaletik at ematen zaion osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzio guztiak hartzen ditu barnean<sup>85</sup>.

European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) zentroak egindako ikerketa baten arabera, osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioen prebalentzia % 6koa da Europan. Europar Batasunean, 4,1 milioi pazientek hartzen dute urtero OLEIren bat, eta 37.000 heriotza inguru infekzio horien ondorio zuzena dira. Osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioen % 20-30 artean kontrol-eta higiene-programen bidez prebenitu daitezke<sup>86</sup>.

1970eko hamarkadaren hasieran, Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) zentroek SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) proiektua egin zuten, AEBko infekzio nosokomialaren (IN) zaintza- eta kontrol-programen eraginkortasuna baloratzeko xedearekin. Azterketa horren arabera, infekzio nosokomialen % 32 saihestu daitezke infekzioa kontrolatzeko programa eraginkorrak hartuta; zaintza aktiboa, bestalde, ezinbestekoa da infekzioak kontrolatzeko programetan<sup>87,88</sup>.

Espanian, 2005ean ospitaleratzeari lotutako Ondorio Txarren Azterlanaren arabera (ENEAS), jasotako kontrako gertakarien % 25,3k zerikusia zuten infekzio nosokomialarekin, eta uste da horien % 56,6 saihestu zitezkeela<sup>89</sup>. 2007an 16 autonomia-erkidegotako lehen mailako arretako 48 zentrotan egindako Lehen Mailako Arretako Ondorio Txarren Azterlan Nazionalaren (APEAS) arabera, kontrako gertakarien % 8,4k lotura zuten osasun-laguntzari lotutako infekzioekin<sup>90</sup>.

OLEIak zaintzea eta kontrolatzea funtsezkoa da pazientearen segurtasunean, bai eta lehentasuna ere pazientearen segurtasuneko eta kalitateko politiketan, nazioarte-, Estatu- zein erkidego-mailan. 2004an, Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) Pazientearen Segurtasunerako Munduko Aliantza eratu zen, mundu osoan pazientearen segurtasunaren arloko hobekuntzak koordinatzeko, hedatzeko eta bizkortzeko. Aliantza horretan garatu den pazientearen segurtasunaren aldeko lehen mundu-erronka izan da asistentzia sanitarioarekin erlazionatutako infekzioena, zeina ospitaleratutako pazienteen heriotzaren eta morbiditate-tasa haztearen kausa nagusietako bat baita<sup>91</sup>. "Arreta garbia, arreta seguruagoa" kanpainaren bidez, asistentzia sanitarioako eskuen higiena sustatu da, asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak gutxitzeko funtsezko neurri gisa, eta pazientearen segurtasuna arlo guztietan hobetzeko<sup>92</sup>.

Europan, Europar Kontseiluaren 2009ko ekainaren 9ko Gomendioak, pazientearen segurtasunaren



arlokoak, bai eta osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioen prebentzioak eta kontrolak ere (2009/C151/01), OLEIak prebenitzeko eta kontrolatzeko estrategia bat hartzera eta ezartzera pre-miatzen dituzte Europar Batasuneko herrialdeak<sup>93</sup>.

2013ko urriaren 22ko Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 1082/2013/EB Erabakiak, mugaz gaindiko osasunerako mehatxu larriei buruzkoak, 2. artikuluan, aplikazio-eremuari buruzkoan, “gaixotasun kutsakorrekin zerikusia duen osasun-laguntzarekin erlazionatutako mikrobioen kontrako erresistentziak eta infekzioak” osasun publikoko neurriak ezarriko diren jatorri biologikoko mehatxuen artean sartzen ditu<sup>94</sup>.

2009an Mikrobioen aurkakoekiko Erresistentziari buruzko Lantalde Transatlantikoa sortu zen (The Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance TATFAR) Estatu Batuen eta Europar Batasunaren arteko lankidetzan hobetze aldera; horri jarraikiz, indarrak batu eta ezagutzak partekatu dituzte hiru arlo nagusitan: mikrobioen aurkakoak modu terapeutiko egokian erabiltzea; antibiotikoekiko erresistentek diren mikroorganismoek sortutako infekzioak prebenitzea, komunitateari zein osasun-laguntzari loturikoak; eta mikrobioen aurkako farmako berriak garatzeko estrategiak ezartzea<sup>95</sup>.

Hauk dira, besteak beste, lantalde horrek ezarritako gomendioak<sup>96</sup>:

- Gizakietan zein albaitaritzan erabiltzeko antibiotikoen gaineko egitura- eta prozesu-adierazle komunak sortzea.
- Jarrera-aldaketak sustatzen dituzten eta antibiotikoen erabilera egokia bultzatzen duten tresnak garatzea eta horien eraginkortasuna ebaluatzea.
- Epidemiologia-ikerketen garapenean laguntzea.
- Erresistentziak interpretatzeko irizpideak koordinatzea laborategien artean.
- Ospitaleetako infekzioak kontrolatzeko programak ebaluatzeko erremintak adostea.
- Baterako txertatze-estrategia sortzea osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioak saiheste aldera.
- Mikrobioen aurkako sorrera sustatzea.

2005. urteaz geroztik autonomia-erkidegoekin lankidetzan garatzen den Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Pazientearen Segurtasun Estrategian, OLEIak prebenitzea izan da lehentasunezko ildoetako bat. Garatutako jardunbide egokien artean, azpimarratzekoak dira Eskuetako Higienea programa eta Zainketa Intentsiboetako Unitateetan egindako segurtasun-programak: Bakteriemia zero, Pneumonia zero eta Erresistentzia zero<sup>18</sup>.

Bestalde, eta Europako Batzordearen 2011ko azaroaren 17ko Komunikazioa betetze aldera (zeinaren bidez antibiotikoekiko erresistentziei buruzko ekintza-plan bat eskatzen baitzaie estatu kide guztiei), Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia (AEMPS) “Antibiotikoekiko erresistentziak hautatzeko eta barreiatzeko arriskua murriztera bideratutako ekintza-plan estrategikoa” garatzen ari da, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak (MSSSI) koordinatuta<sup>97</sup>. Gizakion medikuntza nahiz medikuntza hartzen ditu barnean plan horrek, eta antibiotikoekiko erresistentziak hautatzeko eta barreiatzeko arriskua murriztea du helburu.

Osakidetzan, OLEIak prebenitzea eta kontrolatzea Euskal Autonomia Erkidegoko osasun-sistamarako lehentasunezko helburuak izan dira azken bi hamarkadez geroztik. “Euskadirako Osasun Politika,



2000” dokumentuak barne hartzen zituen infekzio nosokomialen maiztasuna murrizteari eta Osakidetzako ospitaleetan zaintza- eta kontrol-programak garatzeari buruzko bi helburu<sup>98</sup>. Harrezkero, Euskal Autonomia Erkidegoan garatu diren osasun-plan eta plan estrategiko ezberdinen helburuetako bat izan da OLEl<sup>ak</sup> murriztea; horretarako, hainbat lan-ildo, programa eta proiektu jarri dira martxan, besteak beste:

- INOZ plana (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana), Osakidetzako Pazientearen Segurtasunerako programa korporatiboan sartuta dagoena gaur egun.
- OLEl<sup>ak</sup> prebenitzea Zaintza Intentsiboko Unitateetan (ZIU): Bakteriemia ZERO proiektua, Pneumonia ZERO proiektua eta Erresistentzia ZERO proiektua.

Egun, “Antibiotikoekiko erresistentziak hautatzeko eta barreiatzeko arriskua murriztera bideratutako ekintza-plan estrategikoa”<sup>97</sup> garatzen ari da Euskal Autonomia Erkidegoa, AEMPSe<sup>k</sup> eta MSSSI<sup>k</sup> koordinatuta. Antibiotikoen zentzuzko erabilera sustatzeko programak abian jartzea da, hain zuzen, plan horren lan-ildoetako bat.

## ■ AURREKARIAK

### INOZ PLANA

INOZ plana 1990ean hasi zen, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren, Osakidetzako Osasun Laguntzako Zuzendaritzaren eta Osakidetzako ospitale-zerbitzuen ekintza ugaritan oinarrituta. Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomialen zaintza- eta kontrol-programak garatzeko plan bat martxan jartzeari premia iritzi zioten erakundeok. Hauek ziren INOZ planaren funtsezko bi helburuak: infekzio nosokomialen maiztasuna txikitzea eta Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomialaren zaintza- eta kontrol-planak egitea.

1991n, INOZ lantaldea sortu zen, INOZ plana garatzearen arduradun. Osakidetzako sarearen barruan infekzio nosokomialen arloko erreferente teknikoek talde modura ezarri zen, Osasun Laguntzako Zuzendaritzaren infekzio nosokomialen arloko aholkularitza-batzorde gisa. Indarrean egon zen lehen hamarkadan, erreferentzia-gida ugari egin ziren infekzio nosokomialaren kontrolean; gure sarean ez ezik, handik kanpo ere bai: “Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua” 1994an eta 1997an<sup>99,100</sup> eta “Infekzio nosokomialaren liburu zuria” 1997an<sup>101</sup>.

Gaur egun, Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko planen ardura duten medikuek eta erizainek eta Osasun Laguntzako Zuzendaritzako profesionalek osatzen dute INOZ lantaldea. Aldian-aldean elkartzen da, eta, besteak beste, funtzio hauek ditu: osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioen zaintza- eta kontrol-helburuak eta -estrategiak eztabaidatzea; eta ekintza-ildoak ezartzea osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioen zaintza-sistematik erdietsitako emaitzei dagokienez.

Egun, INOZ planak jarraipena eman nahi die aspaldi abian jarritako planei eta programei, adibidez, hauei:

- INOZ zaintza-sistema





- Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana (PVPCIN)<sup>102</sup>
- Eskuetako higieena
- Gernu-kateterrari lotutako gernu-traktuko infekzioak (GTI) gutxitzea (Osakidetzako 2013-2016 aldirako Segurtasun Estrategian garatutako lan-ildoak).

Estrategia berri honetan, ezarritako ildoei eta programei jarraitutasuna emateaz gain, “Infekzio kirurgiko zero”<sup>103</sup> proiektua ere erantsiko da. Horren helburua da zauri kirurgikoa gutxitzeko neurri eraginkorrak ezartzea, eta Antibiotikoen Erabilera Optimizatzeko Programen (PROA)<sup>97,104</sup> ikuspuntu korporatiboa izango du abiapuntu.

## **INOZ zaintza-sistema**

INOZ zaintza-programak ibilbide luzea du gure autonomia-erkidegoan. 1990ean, infekzio nosokomialaren intzidentziaren lehen azterketa egin zen EAEn, INOZ azterketa, eta une horretan zeuden Osakidetzako paziente akutuen 10 ospitaleek hartu zuten parte azterketan. Azterketa horren emaitzak oinarri hartuta, lehentasunezko helburutzat hartu zen Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomialak murriztea. Eginahalak Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak garatzera bideratzeko –besteak beste, baterako azterketak eta azterketa alderagarriak egitera zuzenduta–, Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Unitate bat ezarri zen.

Gaur egun, intzidentzia- eta prebalentzia-azterketen bidez zaintzen da infekzio nosokomiala.

**Intzidentzia-azterketa korporatiboak** 1996-1997an hasi ziren. Egun, Osakidetzako ospitale guztiek egiten dituzte, Osasun Mentaleko sareetakoek izan ezik. Azterketak urtero egiten dira, Programa Kontratuak xedatzen duen epean.

INOZ lantaldeak zehazten ditu, urtero, monitorizatu beharreko prozedurak eta lortu beharreko estandarrak. Eskuarki, bi prozedura kirurgiko monitorizatzen dira gutxienez: bata, kirurgia garbitzat jotzen dena, eta bestea, kirurgia garbi kutsatutzat jotzen dena.

Orain, honako alderdi hauek monitorizatzen dira paziente akutuen ospitaleetan: kolon eta ondesteko hautapenezko kirurgia (2001etik), aldakako kirurgia protesikoa eta aldakako protesia aldatzekoa (2005etik), eta belauneko kirurgia protesikoa eta belauneko protesia aldatzekoa (2011tik). 2015-2016 epean, bestalde, berrikusi beharreko prozedurak eguneratu dira, bai eta alta ondoko zaintza zabaldu ere (30 egun kolon eta ondesteko kirurgiaren kasuan eta 90 egun aldakako eta belauneko kirurgia protesikoaren kasuan, Disease Control and Prevention zentroyen irizpideen arabera). Aipatutako azterketa korporatiboez gain, ospitale bakoitzak infekzio nosokomialaren hainbat intzidentzia-azterketa egiten ditu urtean zehar, beren interesaren arabera: beste prozedura mota batean, hala nola kirurgia kardiakoan; zerbitzu espezifikoren batean, Bizkortzean, esaterako; bai eta gailuren batekin erlazionatutakoan ere.

Egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan, ospitaleetako arlo medikoan egiten da infekzio nosokomialaren intzidentziari buruzko azterketa. 2015-2016 epean, zundaketari lotutako gernu-traktuko infekzioak (GTI) aztertu dira erakunde-mailan.

Programa Kontraturako infekzio nosokomialaren adierazleak urtero adosten dira Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko lurralde-ordezkaritzen eta Osakidetzako zerbitzu-erakundearen artean, eta



INOZ lantaldeak proposatzen dizkio Osasun Sailari. Azken horrek zehazten du, azkenik, zer adierazle sartu.

Infekzio nosokomialen zaintzari eta kontrolari buruzko informazioa modu sistematikoan eta homogeneoan jasotzen laguntzeko, 1997an tresna informatiko bat garatu zen. Tresna horri esker, gure zerbitzu-erakundeetako infekzio nosokomialaren intzidentzia zenbatekoa den jakin ahal izan da, hura azaltzen lagundu duten faktoreak zehaztu, eta neurri zuzentzaileak ezarri ahal izan dira. Egun, garapen teknologikoko fasean dago aipatutako tresna.

**Prebalentzia-azterketei dagokienez**, Espainiako infekzio nosokomialen prebalentzia-azterketa (EPINE azterketa) urtero egiten da 1990. urteaz geroztik. Osakidetzako ospitaleak hasierako urteetan sartu ziren aztertutakoaren artean. Gaur egun, Osakidetzako paziente akutuen ospitale eta egonaldi ertain-luzeko ospitale guztiek hartzen dute parte azterketan.

### *Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana (PVPCIN)*

Osakidetzako ospitaleetan infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko planak 1999an sortu ziren, INOZ lantaldearen ekimenez. Plan horietan, osasun-laguntzaren testuinguruan sortutako infekzioak prebenitzeko, zaintzeko eta kontrolatzeko jardueri dagozkien baldintza teknikoak jasotzen dira, ospitaleetako infekzioek pazientearen segurtasunean duten eragina txikitzea xede dutenak. 2000. urteaz geroztik, eta aldiaren behin, PVPCINen ebaluazioak egiten dira. 2008an, eta planak etengabe hobetzeko helburua betetze aldera, erakundearen autoebaluazioa eta ebaluazioa errazteko tresna informatiko bat garatu zen. 7 arlo jasotzen dira bertan, besteak beste, infekzio nosokomiala zaintzeari, prebenitzeari eta kontrolatzeari loturiko irizpideak:

1. Planaren ikuspegia eta egitura.
2. Ingurumen-biosegurtasuna.
3. Prozesu asistentziala.
4. Garbiketa, desinfekzioa eta esterilizazioa.
5. Ospitaleetako infekzioak.
6. Infekzioaren emaitzak.
7. Infekzioari lotutako beste alderdi batzuk:
  - Osasun-produktu, - ekipamendu eta -materiala erostea
  - Osasun-hezkuntza

Azken ebaluazioa 2013an egin zen. Ildo horretan, zerbitzu-erakundekako txosten bat prestatu zen, antzemandako indarguneak eta hobetzeko eremuak azaltzen zituenak, besteak beste. PVPCINen autoebaluazioak eta ebaluazioak aukera ematen du, batetik, zerbitzu-erakunde bakoitzeko ahulguneak hautemateko, eta bestetik, hobekuntza-arloak ezartzeko, OLEIak prebenitu eta kontrolatzeko asmoz.

### *Eskuetako higiena*

2005ean, OMEk pazientearen segurtasunaren aldeko lehen mundu-erronka botu zuen: “Clean Care is Safer Care” (arreta garbia, arreta seguruagoa). Helburua zen infekzioen kontrola eta eskuetako



higienearen garrantzia mundu osoan aitortzea pazienteen segurtasunerako ezinbesteko oinarri gisa, asistentzia sanitarioari lotutako infekzioak murrizteari dagokionez.

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

2008. urteaz geroztik, gure autonomia-erkidegoak Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Eskuetako Higienearen Programan parte hartzen du. Osasunaren Mundu Erakundearen pazientearen segurtasuneko programako lehen mundu-erronkaren barruan dago, “Arreta garbia, arreta seguruagoa”, bai eta MSSSren Eskuetako Higienearen Aditu Batzordean ere. Honako hauek dira programaren helburu nagusiak: profesionalen, pazienteen eta senideen eskuetako higiena hobetzea, Estatuko Osasun Sistemako asistentzia sanitarioarekin erlazionatutako infekzioak murrizteko; OMEren eskuetako higienearen estrategiaren garapena sustatzea Estatuko Osasun Sistema mailan. Xede horrekin, Osasunaren Mundu Erakundearen estrategia multimodala sustatzeko oinarrizko ekintzak adostu dira, eskuetako higienearen “5 uneei” buruz; horrez gain, egitura, prozesua eta emaitza ebaluatzeko adierazleak ezarri dira, urtero ebaluatzen direnak.

Halaber, 2009tik estatuan eta autonomia-erkidegoetan eskuak garbitzearen aldeko eguna ospatzen da, profesional eta pazienteentzako ekintza bereziekin, egun horretarako Osasunaren Mundu Erakundeak egindako gomendioei jarraituz.

2008an eskuetako higienarako lantalde bat sortu zen Osakidetzan; egun, eskuetako higieneari erreferenteak diren profesionalak ditugu zerbitzu-erakunde guztietan. Bestek beste, honako jarduerak egin ditugu:

- “Osasun-langileentzako eskuetako higiena zaintzeko gida” argitaratzea<sup>105</sup>
- Osakidetzan eskuetako higieneari buruzko kanpaina abian jartzea.
- Eskuetako higieneko erreferenteak prestatzea.
- Osasun-profesionalentzako eskuetako higieneari buruzko online ikastaroa.
- Maiatzaren 5ean Eskuetako Higieneari buruzko Mundu Egunean parte hartzea.
- Eskuetako higieneko behatzaileak akreditatzea.

### **Gernu-kateterrari lotutako gernu-traktuko infekzioak (GTI) murriztea**

Gernu-traktuko infekzioak dira osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekziorik nabarientekoak. Infekzio horiek oso garrantzitsuak dira, bai pazienteengan eragiten duten morbiditate- eta heriotza-tasarengatik, bai arretaren kalitatean eta osasun-gastuan duen eraginarengatik. Bakteriemia nosokomialaren kausarik usuenak dira, eta pazientearen osasun-egoerak eta bilakaerak txarrera egitea eragin dezakete. Bestalde, mikroorganismo multierresistenteek eragindako infekzioak areagotzen ari dira, eta horrek zaildu egiten ditu tratamenduak<sup>106</sup>.

Estatuan infekzio nosokomialaren prebalentziari buruz egindako azken azterketaren arabera (EPINE-EPPS 2016), egungo ospitaleratzean hartutako infekzio nosokomial guztien % 20 GTI ziren, eta ospitaleratzean bertan ez zeuden GTI nosokomialen % 60k baino gehiagok gernu-kateterra zuten infekzioa hasi baino zazpi egun lehenago<sup>107</sup>.



Egoera aztertzean aipatu dugun legez, 2013-2016 aldirako Estrategian gomendioen protokolo bat garatu da, ebidentzia zientifikoan eta adituen adostasunean oinarrituta, gernu-kateterrari lotutako GTI murriztea helburu duena; berrikusi eta onetsi egin behar da oraindik, eta gai hauek jasotzen ditu:

- Gernu-zundaketaren argibideak
- Kontraindikazio absolutuak eta erlatiboak utero barruko kateterismorako
- Kateterra medikuak kentzeko irizpideak
- Maskuriko zundaketaren teknikarako jardunbide egokien dekalogoia garatzea, ospitaleko eta lehen mailako arretaren esparruan aplikatzeko
- Maskuriko zundaketaren zainketarako dekalogoia garatzea, ospitaleko eta lehen mailako arretaren esparruan aplikatzeko

## INFEKZIO KIRURGIKO ZERO

Ebakuntza kirurgikoak osasun-laguntzaren funtsezko elementuak dira, askotan desgaitasunak arindu eta zenbait gaixotasunen ondorioz hiltzeko arriskua murrizteko bide bakarra baitira. MSSSIk argitaratutako datuen arabera, 2015ean 5 milioi ebakuntza egin ziren Espainian (Estatuko Osasun Sistemako/ospitale publikoetako zein pribatuetako ebakuntzak)<sup>108</sup>. Nolanahi ere, ebakuntza kirurgikoez arrisku batzuk dituzte berekin, eta arreta kirurgikoan segurtasunik ez egoteak kalte nabarmenak eragin ditzake, bai eta ondorio garrantzitsuak ere osasun publikoan<sup>109,110</sup>.

Ospitaleratzeari lotutako Ondorio Txarren Azterlanaren arabera (ENEAS, 2005), zerbitzu kirurgikoe-tan antzemandako kontrako gertakarien % 37,6k prozedurarekin zuten zerikusia, eta % 29k, berriz, infekzio nosokomialarekin; eta horien % 31 eta % 54 saihegarriztat jo ziren, hurrenez hurren<sup>89</sup>.

Kokapen kirurgikoko infekzioak (KKI) infekzio nosokomial usuenetako bat dira, Europan zein Estatuan egindako azterlanek azaltzen dutenaren arabera. ECDC zentroak 2012an Europako ospitaleetan egindako prebalentzia-azterketak erakutsi zuen OLElen prebalentzia % 6koa izan zela, eta infekzio guztien % 19,6 kokapen kirurgikokoak izan zirela, hots, bigarrenak maiztasunean, arnasbi-deetako infekzioen atzetik<sup>86</sup>. 2016ko EPINE azterketan, kokapen kirurgikoko infekzioak infekzio nosokomial nagusiak izan ziren ospitaleratutako pazienteengan (% 21,6)<sup>107</sup>.

Kokapen kirurgikoko infekzioek pazienteen morbiditate-tasa handitzen dute, egonaldi luzeekin lotura dute, prozedura kirurgiko osagarriak behar izan ditzakete, zainketa intentsiboak behar izan ditzakete eta heriotza-tasa ere areagotu dezakete.

Azterketa ugariaren arabera, prebentziorako neurri sortak izatea eraginkorra da kokapen kirurgikoko infekzioak murrizte aldera. Herrialde ezberdinetako gidek, bestalde, baterako prebentzio-neurri batzuk hartzea gomendatzen dute, sortetan zein *bundle*-etan<sup>103</sup>.

Ebidentzia hori oinarri hartuta, Infekzio kirurgiko zero proiektuaren helburua da kokapen kirurgikoko infekzioen % 15 jaitea prebentziorako neurri sorta lehen urtean aplikatzen den ospitale eta prozeduretan. Proiektuak nahitaezko hiru neurri hartzen ditu barnean:



- Profilaxi antibiotikoa egokitzea
- Larruazala desinfektatzea, % 2ko klorhexidina alkoholikoa erabilia
- Ilea behar bezala kentzea

Eta hautazko beste bi:

- Normotermia perioperatorioari eustea
- Normogluzemia perioperatorioari eustea

Proiektuaren helburu espezifikoak, besteak beste, hauek dira: kokapen kirurgikoko infekzio kasuak identifikatu eta dokumentatzea, balizko akatsak aztertzeke eta hobetzeko aukerak hautemateko, eta kirurgia-eremuetako osasun-profesionalen segurtasun-kultura hobetzea.

Prebentziorako neurri eraginkorrak ezartzea oso garrantzitsua da OLElako murrizteko; hori dela eta, estrategia honetan berariaz helduko zaio, proiektuan parte hartuz, kokapen kirurgikoko infekzioak murriztera bideratutako neurrien ezarpenari.

## **MIKROBIOEN AURKAKOEN ERABILERA OPTIMIZATZEKO PROGRAMAK**

Garapen-bidean dagoen Antibiotikoekiko erresistentziak hautatzeko eta barreiatzeko arriskua murriztera bideratuta dagoen ekintza-plan estrategikoaren esparruan, MSSSIren Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) koordinatuta, eta “Bakterioen erresistentziak kontrolatzea” II. ildo estrategikoaren barnean, besteak beste, antibiotikoak behar bezala erabiltzeko erremin-tak diseinatu eta hedatu nahi dira. Horien artean daude “Mikrobioen aurkako erabilera optimizatzeke programak” (PROA)<sup>97</sup>. PROA programen xedea da ospitaleratutako pazienteengan mikrobioen aurkako erabilera optimizatzea, emaitza klinikoak hobetu eta mikrobioen aurkako erabiltzeari lotutako kontrako efektuak murrizte aldera (erresistentziak agertzea eta barreiatzea, kasurako), bai eta tratamendu eraginkorra bermatzea ere<sup>111</sup>.

2012an, eta Espainiako Gaixotasun Infekziosoen Elkartearen (SEIMC) Ospitaleetako Infekzioen Ikerketa Taldearen ekimenez, adostasun-dokumentu bat prestatu zen, Espainiako Ospitaleko Farmazia Elkartearekin (SEFH) eta Medikuntza Prebentibo, Osasun Publiko eta Higieneko Espainiako Elkartearekin (SEMPSPH) elkarlanean. Bertan, ospitaleetan mikrobioen aurkako erabilera optimizatzeke programak ezartzeko beharra azaltzen da, eta programa horiek ezartzeko gomendio batzuk proposatzen zaizkie osasun-profesionalei eta osasun-administrazioei<sup>112</sup>. Jasotzen diren gomendioei dagokienez, azpimarratzekoa da programa horiek garatzen diren ospitaleetako erakunde-programatzat hartu behar direla, eta ospitalearen ezaugarrietara egokitu behar direla.

Osakidetzan, zenbait zerbitzu-erakundetan daude ezarrita PROAk, bai profesional taldeen ekimenez, bai zuzendaritzen ekimenez, jakitun baitira antibiotikoak modu egokian erabili behar direla, argitaratutako gomendioei jarraikiz eta jorratutako lan-ildoetara moldatuta.

Estrategia horren helburua da PROAk gure erakundeetan zabaltzea, ikuspegi korporatibo bat abiapuntu hartuta.



## OLEI-AK PREBENITZEA ZAINKETA INTENTSIBOKO UNITATEETAN

Zainketa Intentsiboko Unitateetan (ZIU) OLEIak agertzea arazo larria da, eremuon ñabardura be-reziengatik. Hasteko, ospitaleratutako pazienteak kalteberagoak dira beren gaixotasuna eta horren az-pian 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, hazi egiten da morbiditate- eta heriotza-tasa, luzatu egiten dira ospitaleko egonaldiak eta areagotu egiten dira osasun-kostuak<sup>113</sup>.

### *Bakteriemia zero eta Pneumonia zero*

1994. urteaz geroztik, Medikuntza Intentsibo eta Kritikoaren eta Unitate Koronarioen Espainiako Elkarteko gaixotasun infekziosoetako lantaldeak (GTEI-SEMICYUC) garatu du infekzio nosokomialen zaintzari buruzko Espainiako galdeketa ZIUetan (ENVIN-ZIU). Bertan, gailuekin lotutako infekzio no-sokomialak behatzea hautatu zen, beren maiztasuna eta larritasunarengatik; esaterako, kateterrarekin lotutako bakteriemiak (KLB) eta aireztapen mekanikoak eragindako pneumoniak (AMP).

2008an, eta Johns Hopkins Unibertsitateko Peter Pronovost doktoreak Michiganen garatutako faktore anitzeko estrategian oinarrituta (zeinak kateterrarekin uztarturiko bakteriemiak<sup>114</sup> eta adineko pazien-teen heriotza-tasa murriztearekin baitzuen lotura) Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasuneko Minis-terioaren (MSSSI) Kalitate Agentziak, OMErekin lankidetzan, proiektu bat jarri zuen martxan Osasun Sistema Nazionalean (OSN), ZIUetan kateter zentralekin lotutako infekzioak prebenitzeko: Bakterie-mia zero (BZ)<sup>115</sup>. SEMICYUC izan zen proiektuaren burua, autonomia-erkidegoekin lankidetzan, eta 2009ko urtarriletik 2010eko ekainera bitartean garatu zen. Osakidetzaren zainketa intentsiboko eta bizkortzeko 9 unitatek hartu zuten parte proiektuan. Horri esker, kateterrarekin lotutako bakteriemiak nabarmen murriztu ziren<sup>116</sup>.

Aireztapen mekanikoak eragindako pneumoniak ZIUetako infekzio nosokomial ohikoenetako bat dira, eta heriotza-tasa handia dute<sup>117</sup>. Bakteriemia zero proiektuan erdietsitako emaitza onak ikusita, Osa-sun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioaren (MSSSI) Kalitate Agentziak SEMICYUCi eskatu zion, Erizaintza Intentsiboaren eta Unitate Koronarioaren Espainiako Elkartearen (SEEIUC) lankide-tzarekin, AMPak prebenitzeko egiten dituzten gomendioen ebidentziak berrikusteko eta esku hartzeko proposamen bat egiteko, ebidentzian oinarritutako neurri sorta batekin. Pneumonia zero proiektua 2011ko apiriletik 2012ko abendura bitartean garatu zen<sup>118</sup>. Proiektu horretan, Osakidetzako 9 unita-tek ere hartu zuten parte. Proiektuaren emaitzak oso positiboak izan ziren, AMPen tasak modu naba-rian murriztea lortu baitzen, ezarritako helburuen azpitik, hain zuzen ere.

Proiektu horiek garatzeko, funtsezkoak izan dira ZIUetako profesionalen ahalegina eta konpromisoa. Azken urteotan, Bakteriemia zero eta Pneumonia zero proiektuetan ezarritako jardunbide egokiak sendotzen saiatu da, ZIUetako profesionalei etengabeko prestakuntza emanez, bai eta ZIUetan se-gurtasunaren kultura finkatzen ere. Gaur egun, profesionalek modu aktiboan jarraitzen dute lanean, infekzio-tasetan murrizketa horri eusteko erronkan.

### *Erresistentzia zero*

Erresistentzien aurka borrokatzea lehentasuna da nazioartean, Estatuan zein autonomia-erkidegoe-tan. Arestian aipatu dugun legez, ZIUetako pazienteek arrisku handiagoa dute OLEIak hartzeko, eta mikroorganismo multierresistenteek errazago kutsa nahiz koloniza ditzakete.



Bakteriemia zero eta Pneumonia zero proiektuetan lortutako emaitza onak abiapuntu hartuta, MSSSIk, autonomia-erkidegoekin elkarlanean eta SEMYCIUC eta SEEIUC erakundeen gidaritzapean, Erresistentzia zero proiektua garatu zuen 2014ko apiriletik 2016ko ekainera bitartean. Proiektu horren helburu nagusia izan da jatorri nosokomialeko Bakterio Multierresistente (BMR) bat edo gehiago pairatu duten pazienteen tasa % 20 murriztea Espainiako Paziente Kritikoaren Unitateetan (PKU)<sup>119</sup>. Emaitzak MSSSIn aurkeztu ziren 2016. urtearen amaieran.

Proiektu konplexua izan da, eta parte hartu duen ospitale bakoitzera egokitu behar izan da. Diziplina anitzeko lantalde batek parte hartu du bertan. Esku-hartze estandarizatu bat zuen proiektuak (STOP MBR), 10 gomendiorekin eta Segurtasun Integraleko Plan batekin. Osakidetzan, pixkanaka ezarri zen proiektua, eta zainketa intentsiboko zein bizkortzeko 10 unitatek hartu zuten parte. 2017. urte hasieran, bilera bat egin zen parte hartu zuten proiektu-buru guztiekin, eta erdietsitako emaitzak aurkeztu ziren.

## ■ HELBURUAK

1. OLEIak prebenitzera eta kontrolatzera bideratutako estrategien garapena sustatzea.
2. Azterketa epidemiologikoko sistemak indartzea, OLEIak prebenitzeko eta kontrolatzeko programen oinarri gisa.
3. Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plan (PVPCIN) eguneratu bat edukitzea zerbitzu-erakunde guztietan; plan horretan, osasun-laguntzarekin erlazionatutako infekzioek pazienteen segurtasunean izan dezaketen eragina murriztera zuzendutako jarduera multzoa jasoko da.

## ■ EKINTZAK

### INOZ PLANA

- “Infekzio nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua” eta “Esterilizazio-prozesua kudeatzeko gida” eguneratzen amaitzea.
- OLEIak zaintzeari, prebenitzeari eta kontrolatzeari lotutako saio monografikoen garapena bultzatzea.

### *INOZ zaintza-sistema*

- Kokapen kirurgikoko infekzioen intzidentziaren zaintza epidemiologikoa egiten den prozedura kirurgikoak urtero aztertzea INOZ lantaldean. Kokapen kirurgikoko infekzioen intzidentzia-estandarrak ezartzea.
- OLEIen intzidentzia-azterketa espezifikokoak egiteko aukera balioestea (gailuei lotuta edo zerbitzu jakin batzuetan, adibidez).
- Informatika Zuzendariordearekin elkarlanean aritzea OLEIen zaintza epidemiologikorako aplikazio informatiko berria garatzeko, teknologien bilakaera aintzat hartuta.
- Osasun Sailaren Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritzarekin lankidetzan, MSSSI garatzen ari den jardueretan parte hartzea, OLEIen Zaintza Sistema Nazionala ezartzeari begira.



## *Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana*

- PVPCIN ebaluatzeko egungo tresna berrikustea.
- 2018ko lehen sei hilekorako PVPCINen ebaluazioa planifikatzea, bi fasetan:
  - Lehenik eta behin, zentroek egindako autoebaluazioa; horretarako, beren burua ebaluatzeko tresna eta gidaliburua helaraziko zaizkie.
  - Bigarrenik, ebaluazioa. Zentroek ebaluazioan bidalitako informazioa berrikusi ondoren, erakundeak bisitatuko dira, kasuan kasuko alderdiak aztertze aldera.
- PVPCINen ebaluazioaren emaitzak aztertzea eta zerbitzu-erakundeei helaraztea. Emaitzak oinarri hartuta, OLEIak prebenitzera eta kontrolatzera zuzendutako lan-ildo berriak adostea INOZ lantaldearekin.

## *Eskuetako higieena*

- Zerbitzu-erakunde guztietan eskuak behar bezala garbitzeko ohiturari atxikitzeke ekintzak sustatzea:
  - Eskuetako higieenaren erreferenteen lana bultzatzea erakunde-zerbitzuetan.
  - Materialak prestatzea profesionalen artean banatzeko.
  - Eskuetako higieenari buruzko online ikastaroa eguneratzea; profesional guztien eskura jarriko da Jakinsarea prestakuntza-plataformaren bitartez.
  - Maiatzaren 5eko Eskuetako Higieenaren Mundu Egunean parte hartzea bultzatzea.
- Eskuak behar bezala garbitzen direla egiaztatzeke kontuan izan behar diren gutxieneko irizpideak zehaztea. Eskuetako higieenaren egiaztapen egokiaren garapena bultzatzea.
- Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) Eskuetako Higieenaren Programaren adierazleen bilketa koordinatzea.

## *Gernu-kateterrari lotutako gernu-traktuko infekzioak (GTI)*

- “Gernu-kateterrari lotutako gernu-traktuko infekzioak murriztea” dokumentua amaitzea, adosteko eta onartzeko zain dago eta.
- Dokumentua zerbitzu-erakundeetara zabaltzea, hura ezartzeko eta emaitzen segimendua egiteko.
- Profesional eta erabiltzaileentzako dibulgazio- eta heziketa-materialen premiak zehaztea eta garatzea.

## *Infekzio kirurgiko zero*

Infekzio kirurgiko zero proiektuan parte hartzea adostu da INOZ lantaldearekin; izan ere, esku hartzeko proiektu bat da, kokapen kirurgikoko infekzioak murrizteke prebentzio-neurriak ezartzea xede duena.

- Erakundeetako zuzendaritzei infekzio kirurgiko zero proiektua aurkeztea.





- Kokapen kirurgikoko infekzioak murrizten eraginkorrak diren prebentziorako neurri sorta bat ezartzea hautatutako prozeduretan. Kolon-ondesteko kirurgiarekin jarri nahi da abian proiektua, 5 neurriko paketea aplikatuz, erakunde bakoitzaren aukeren arabera. Nahitaezko hiru neurri daude (profilaxi antibiotikoa, klorhexidina alkoholikoa erabiltzea kirurgia-eremua desinfektatzeko eta ilea behar bezala kentzea), eta hautazko bi (normotermia eta normogluzemiamia perioperatorioak).
- Proiektuaren datuei dagokienez, INOZ aplikazioan jasoko da kokapen kirurgikoko infekzioa zaintzeari buruzko informazioa. Infekzio kirurgiko zero proiektuaren aplikazioa egokitzea eskatu da, prebentzio-operazioaren gaineko prozesuan izan litezkeen aldaerak ere jasotzeko.

### Antibiotikoen erabilera optimizatzeko programa (PROA)

- PROAk zerbitzu-erakundeetan ezartzea, ikuspegi korporatiboa abiapuntu hartuta.
- Antibiotikoen erabilera optimizatzeko programek barne hartu behar dituzten gutxieneko irizpideak ezartzea erakunde-mailan.
- WASPSS (Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System) aplikazio informatikoa gure erakundeetan antibiotikoen erabilera optimizatzeko programei euskarria emateko egokia eta erabilgarria den balioestea. Beste autonomia-erkidego batzuekin batera, AEMPSeK emandako aplikazioa PROA programei euskarri emateko egokia den balioesten ari gara.

### OLEI-AK PREBENITZEA ZAINKETA INTENTSIBOKO UNITATEETAN

- Bakteriemia zero, Pneumonia zero eta Erresistentzia zero proiektuen segimendua egitea eta ezarritako neurriei eustearen garrantzia nabarmentzea.

## EBALUAZIOA

### 9. taula. "OLEIak prebenitzea eta kontrolatzea" ekintza-ildoaren adierazleak

ADIERAZLEA	ESTANDARRA*
Organoko zauri kirurgiko sakona infektatzearen intzidentzia koloneko hautapenezko kirurgian, 30 eguneko segimenduarekin	≤ % 20*
Zauri kirurgikoa infektatzearen intzidentzia aldakako kirurgia protesikoan, 90 eguneko segimenduarekin	≤ % 5*
Zauri kirurgikoa infektatzearen intzidentzia belauneko kirurgia protesikoan, 90 eguneko segimenduarekin	≤ % 5*
Aginduta egon arren, profilaxirik jasotzen ez duten pazienteen ehunekoa	< % 5*
Infekzio nosokomialak esparru medikoan duen intzidentziari buruzko ikerketak eta hobetzeko ekintzak	Hobekuntza-plan bat aztertzea eta aurkeztea



PVPCIN tresna eguneratzea	
Laguntza-unitateetan mikroorganismo multierresistenteen infekzioa detektatzeko plana edukitzea	
Eskuetako higiearen alorreko online prestakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak eta ez-sanitarioak), zerbitzu-erakunde bakoitzeko	% 60 (2018) % 70 (2019) % 80 (2020)
ZIUko arreta-gunean oinarri alkoholdun prestakinak dituzten oheen %	% 100
Arreta-gunean oinarri alkoholdun prestakinak dituzten oheen %	% 100
Oinarri alkoholdun prestakinen kontsumoa ospitaleetan	
Oinarri alkoholdun prestakinen kontsumoa lehen mailako arreta-zerbitzuan	
Eskuetako higiea egiaztatzea (esketako higiearen ekintza kopurua x 100 / zaindutako aukera kopurua)	
Oinarri alkoholdun prestakinen erabilera egiaztatzea (oinarri alkoholdun prestakinak erabiltzen diren aldiak x 100 / zaindutako aukera kopurua)	
Zehaztutako plan bat izatea, gernu-kateterrarekin lotutako gernu-traktuaren infekzioak murrizteko esku-hartzeak jasota dituen	% 100 (2018)
Gernu-infekzioaren prebalentziaren murrizketa portzentuala gernu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteetan, aurreko urtearen aldean (EPINE)	≥ % 25
Protokoloaren arabera zunda kentzearen ehunekoa kirurgia txikiko eta zesareetako erakundeetan	% 70 (2018) % 85 (2019) % 100 (2020)
Infekzio kirurgiko zero proiektua: Profilaxi antibiotikoa erabat betetzea	> % 95
Infekzio kirurgiko zero proiektua: Klorhexidina alkoholikoa erabat aplikatzea	> % 90
Infekzio kirurgiko zero proiektua: Ilea erabat kentzea	> % 80
ESI eta egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan PROAk garatzea	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Zain-kateter zentralari lotutako lehen mailako bakteriemiarren batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboko Unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan	< 500 oheko ospitaleak: < 2,5* 500 oheko ospitaleak: < 4*
Aireztapen mekanikoari lotutako pneumoniaren batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboko Unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan	< 500 oheko ospitaleak: < 4* 500 oheko ospitaleak: < 7*

\*Urteko ikuskapena



## 9. EI. KIRURGIA SEGURUA

### ■ OINARRIAK

Kirurgia, tratamendu medikoaren oinarrietako bat den heinean, pazientearen segurtasunean ondorio gehien duen esparruetako bat da. Ebakuntza kirurgikoak prozedura konplexuak dira, non faktore anitzek esku hartzen baitute. Horregatik, segurtasun-gertakariak jazotzeko arriskua dago, eta kirurgia egiten zaien pazienteen morbiditate- eta heriotza-tasa areagotu dezakete.

Uste da kirurgia handiko 234 milioi ebakuntza egiten direla urtero mundu osoan zehar, hots, ebakuntza kirurgiko bat 25 pertsonatik. Osasun Sistema Nazionalan 3,5 milioi ebakuntza kirurgiko egiten dira urtero<sup>120</sup>, kirurgiari berari loturiko kontrako gertakarien % 10,5eko intzidentziarekin (% 8,1-12,5); horien % 36,5 saihestu litezke<sup>121</sup>.

Ondorio Txarren Azterlanaren arabera (ENEAS), kontrako gertakarien % 7,6k zauri kirurgikoa infekta-tzearekin zerikusia izan zuten, % 1,7k sutura-dehiszentziarekin eta % 0,5ek ebakuntza kirurgikoaren osteko atxikidurekin eta alterazio funtzionalekin. Kontrako gertakarien % 41,3 zerbitzu kirurgikoetan jazo ziren, eta horietatik % 24,2 larritzat jo ziren. Aldi berean, 2,1 kontrako gertakari erregistratu ziren zerbitzu kirurgikoetako 100 ospitaleratze-eguneko<sup>89</sup>. EPINE azterketaren arabera (2016), erre-gistratutako infekzio nosokomialen % 21,6k (ospitaleratzean hartutakoak) kirurgian izan zuten jato-rria. Ebakuntza egin zitzaizen pazienteen % 4,5ek zuten infekzio kirurgikoa.

### ■ AURREKARIAK

OMEk hainbat ekimen jarri ditu martxan mundu eta eskualde mailan kirurgiaren segurtasuna hobetzeko; horren harira, “Pazientearen Segurtasunerako Munduko Aliantza: kirurgia seguruak bizitzak salbatzen ditu” jarri zuen abian 2007an<sup>109</sup>. Estrategia horren bidez, OMEk funtsezko helburu gisa ezarri zuen kirurgiarekin lotutako kontrako gertakarien maiztasuna gutxitzea, eta dekalogo bat sortu zuen kirurgia segurua lortzeko:

1. Taldeak paziente egokiari egingo dio ebakuntza, leku anatomiko egokian.
2. Anestesia emategatik gertatzen diren kalteak prebenitzeko metodoak erabiliko ditu taldeak, eta, aldi berean, minetik babestuko dute pazienteak.
3. Taldea behar bezala prestatuta egongo da arnasketaren edo aire-bidearen funtzioaren balizko galerari erantzuteko.
4. Taldea behar bezala prestatuta egongo da balizko odol-galera handi bati erantzuteko, eta egoera horiek zein diren jakingo du.
5. Pazientearentzat arriskutsuak izan daitezkeen farmakoekin alergia-erreakzioak edo kontrako erreakzioak eragitea saihestuko du taldeak.
6. Taldeak zauri kirurgikoaren infekzio-arriskua minimizatzen diren metodoak sistematikoki erabiliko ditu.



7. Zauri kirurgikoan ustekabeaz 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 oinarritzko informazioa partekatuko du ebakuntza era seguru batean egiteko.
10. Ospitale eta osasun-sistema publikoek gaitasun, bolumen eta emaitza kirurgikoen zaintza sistematiko bat ezarriko dute.

Helburu horiek betetzeko, zenbait segurtasun-estrategia pentsatu ziren pazientearen arreta kirurgikoa hobetze aldera. Besteak beste, segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ) sortu zen. Talde kirurgikoei pazientearen aurkako kalteak murrizten laguntzeko ere egin zen SKEZ.

Kirurgiaren segurtasunerako OMEren jarraibideek (1. edizioa) frogaz zientifikoak ematen dituzte SKEZren oinarri diren arreta kirurgiko segurua bermatzeko funtsezko elementuei buruz. Segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda erreminta soil eta praktikoa da, munduko edozein talde kirurgikok erabil dezakeena ebakuntza aurreko, bitarteko eta ondorengo neurriak modu eraginkor eta bizkorrean egiaztatzeko. Zerrendak hobekuntza nabarmenak dakartzkie pazienteei; adibidez, kontrako gertakarien tasa % 11tik % 7ra jaisten laguntzen du, bai eta heriotza-tasa ere, % 1,5etik % 0,8ra, alegia. Horrez gain, talde-lana eta komunikazioa hobetzeko ere balio du<sup>122,123</sup>.

Estrategia horrekin bat eginez, Osakidetzak, pazientearen segurtasunaren programaren barnean, segurtasuna egiaztatzeko zerrenda ezarri zuen. 2012ko irailean, SKEZ bat erantsi zen Osabide Globalen (enbor komunekoa), OMEren gomendioetan oinarrituta eta alde zurretik zerbitzu-erakunde ezberdinekin adostuta; hala, prozesu kirurgikoan parte hartzen duten profesional guztiek eta kirurgia handia ematen duten zerbitzu-erakunde guztiek izango dute eskura.

Osakidetzako 2013-2015 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategiaren esparruan, Kirurgia segururako erreferentzia-taldea eratu da, ildo horretan laguntzeko; gaian adituak diren gure zerbitzu-erakundeetako profesionalak osatzen dute taldea, eta haiekin sortu da, hain zuzen ere, SKEZrekiko atxikipena sustatzeko dokumentu korporatibo bat, gomendio zehatzekin. Kirurgia mota ezberdinetara egokitu da SKEZ; izan ere, zerrenda bana zehaztu da kirurgia handirako, kirurgia txikirako eta begi-lauserako, azken ebakuntza horren ñabardura zehatzak direla medio, eta SKEZ aplikatzeko gidaliburu bat ere prestatu da.

## ■ HELBURUAK

Helburu hauek proposatzen dira:

1. SKEZren erabilera egokia bultzatzea kirurgia eskaintzen duten zerbitzu-erakunde guztietan.
2. SKEZren erabilera ebaluatzea eta haren segimendua egitea zerbitzu-erakundeetan.
3. Leku kirurgikoa markatu dadin sustatzea.
4. Pazientea eremu kirurgikotik beste gune batzuetara lekualdatzean segurtasuna indartzea; horretarako, profesionalak informazioa emango diete elkarri, eta elkarren arteko komunikazioa sustatuko da.



**■ EKINTZAK**

Pazientearen historia kliniko elektronikoan (Osabide Global) kirurgia mota ezberdinetara egokitutako SKEZ erantsita, parte hartzen duten osasun-profesionalek hura betetzea bultzatuko da. Halaber, OBI sistema informatikoaren bidez datuak ustiatzeko sistema espezifiko bat diseinatu da, aukera emango duena erakundean nahiz zerbitzu-erakundean betetzen den ebaluatzeko.

Gaur egun, erronka nagusia da SKEZ zerbitzu-erakunde guztietan erabiltzea eta modu eraginkor eta egokian erabiltzen dela egiaztatzea. Horren harira, ekintza hauek dute lehentasuna:

- Segurtasunaren kultura arlo kirurgikoan sustatzea, prestakuntzaren bitartez.
- Zerbitzu kirurgikoetan SKEZ behar bezala erabiltzeari buruzko sentsibilizazio-saioak proposatzea.
- Zerbitzu kirurgikoetan autoebaluazioa bultzatzea, bide emanaz emaitzak ebaluatzeari eta horien segimendua egiteari, parte hartzen duten profesionalak eginez ikas dezaten.

Bestalde, SKEZrekiko atxikipena bultzatzearen, zerbitzu-erakundeei zuzendutako metodo estrategikoak erabiltzen ari dira, SKEZ eta programa-kontratuko helburuak lotuz.

Leku kirurgikoa markatu dadin, hainbat neurri hartuko dira zerbitzu-erakundeen errore-arriskua gutxitzeko ebakuntza kirurgikoa jasango duten pazienteetan; esaterako, Joint Comission erakundeak zein beste erakunde batzuek proposatutako protokoloak egokitzea.

Pazientea eremu kirurgikotik beste gune batzuetara lekualdatzean segurtasuna indartzeko, informazioa eta komunikazioa sendotuko dira transferentzian; horretarako, pazientearen trazabilitate-protokolo korporatiboa garatuko da.

**■ EBALUAZIOA**

**10. taula. “Kirurgia segurua” ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	
ADIERAZLE OROKORRAK	ESTANDARRA
Programatutako premiazko ebakuntza kirurgikoak egindako pazienteak, segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ) aplikatuta	> % 85
Praktika kirurgiko seguruaren protokoloa - leku kirurgikoa markatzea	Eginda
Pazientearen trazabilitate-protokoloa	Eginda



**ERAKUNDEAREN ADIERAZLEAK**

Segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ) ezarrita duten zerbitzuak eta unitateak (%)	% 100
Programatutako ebakuntza kirurgikoa egin zaien pazienteak, segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ) aplikatuta (%)	> % 90
Premiazko ebakuntza kirurgikoa egin zaien pazienteak, segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ) aplikatuta (%)	> % 80
Segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrendaren (SKEZ) erabilerari buruzko autoebaluazioa egin duten zerbitzu kirurgikoak (%)	% 100
Segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrendaren (SKEZ) erabilera egokiari buruzko sentsibilizazio-saioak egin dituzten zerbitzu kirurgikoak (%)	% 100
Praktika kirurgiko seguruaren protokoloa ezarrita duten ospitaleak (%)	% 100
Jarduera kirurgikoa duten eta praktika kirurgiko seguruaren protokoloa ezarrita duten ospitaleak (%)	% 100



## 10. EI. HAURDUNALDI-ERDITZE-PUERPERIOKO LAGUNTZA-PROZESUKO SEGURTASUNA

### ■ OINARRIAK

Haurdunaldi, erditze, puerperio eta jaioberriaren arretarekin lotutako segurtasunaren kultura hobetzeak ildo garrantzitsua izaten jarraitzen du epealdi estrategiko berri honetan. Aintzat hartu behar da obstetrizia-zerbitzuetako kontrako gertakariak ospitaleratzeen ohiko kausa direla, ama eta umearengan izan ditzaketen ondorioak eta praktika klinikoari lotutako lege-arazoak ahaztu gabe.

Segurtasunaren kulturaren garapenak, ikaskuntzak eta jardunbide egokien ezarpenak aukera ematen digu erakunde eta ama-umeen arretarako eremu ezberdinetako langileoi garatu eta ezarri beharreko ekintzak antzemateko, ama eta jaioberriaren asistentzia sanitarioari lotutako gertaera txarrak murrizte aldera.

Zentzu horretan, diziplina anitzeko taldeen sorrera sustatzen jarraituko da Osakidetzako erakunde guztietako ama-umeen arretarako zerbitzuetan eskarmentua duten profesionalen partaidetzarekin, protokoloak, prozedurak eta eranskinak prestatzeko, bai eta helburu espezifikoak, ekintza-ildo zehatzak eta neurketa-adierazleak ere.

2015ean, obstetrizia-zainketei lotutako kontrako gertakarien intzidentzia-tasa % 3,6koa izan zen Europan<sup>124</sup>. Ospitaleratzeen kausarik usuenen sailkapenean, agerian jartzen da erditzeak eragiten dituela ospitaleratzeen % 9,1 Estatuan<sup>125</sup>, eta ospitaleratzeen % 9,4 inguru, berriz, Osakidetzan. Zesarea-tasa, bestalde, % 12,9-13,5ean mantendu zen 2014-2015 urteetan Osakidetzako ospitaleetan. Bestela esanda, 2.000 emakumek baino gehiagok, erditu edo zesarea egin ondoren, leku kirurgikoa infektatu dadin prebenitzeko edo zauri kirurgikoa ahalik eta gutxien infektatzeko zainketak behar dituzte.

Informazio hori kontuan izanik, obstetrizia-zerbitzuetako kontrako gertakariak eta intzidentziak murriztera bideratutako helburuak eta aurreikusitako ekintzak garatzeari eman zaio lehentasuna estrategia honetan. Horretarako, honako neurri hauek proposatzen dira: beharrezkoak diren jardunbide egokiak garatzea; arriskua modu erreaktibo eta proaktiboan aztertzea eta kudeatzea, hobetzeko aukerak antzematearren; zuzentzeko ekintzak egitea eta, hartara, ondorengo kontrako gertakariak modu eraginkor eta jasagarrian murriztea.

Beste alde batetik, haurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza-prozesuaren fisiologiari eutsi behar zaio nahi eta nahi ez, arretaren erdigune izan dadin, onartuta beharrezkoak ez diren operazioak saihestu behar direla nola amarekin hala umearekin, iatrogeniak sortutako konplikazioak saihesteko xedez.

Nazioartean, arrisku handiko prozesutzat hartzen da pazienteei buruzko informazio klinikoa transmititzea, non komunikazioa baita elementu giltzarria. Profesionalen arteko komunikazio-akatsak dira gertakari zelatarietan maizen esku hartzen duten faktorea<sup>18</sup>.

Haurdunaldi, erditze eta puerperioko arretan bermatu egon behar da ospitale-eremuetako eta lehen arretako zerbitzuko profesionalen artean amaren eta jaioberriaren egoera klinikoari buruz transmititutako informazioa zehatza eta egokia dela, eta dagokion pertsonari helarazten zaiola. Laguntza-trantsizio



horretan ematen den komunikazioa estandarizatuz gero, gutxitu egingo da mezuen aldakortasuna, eta komunikazioa are eraginkorragoa izango da. Hala, transferentzian parte hartzen duten profesional guztiek egoera orokorraren berri izango dute, eta akatsak murriztuko dira<sup>18</sup>.

## ■ AURREKARIAK

Osakidetzako 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategian, pazientearen segurtasunak berebiziko garrantzia du haurdunaldi-erditze-puterperioko laguntza-prozesuan; bertan, emakume haurdunaren segurtasuna ez ezik, jaioberriarena ere kontuan hartzen da. Ekintza-ildo horren oinarria zen teknologia berriak garatzea eta ezartzea, amaren eta jaioberriaren osasunean eragina izan lezaketen kontrako gertakarien sortze-katean oztopoak ezartzeko helburuz. 2014an, ostera, ikuspegia aldatu zen, eta honako alderdi hauei eman zitzaizkien lehentasuna:

- Praktika klinikoaren aldakortasuna murriztea, prozedurak sistematizatuta eta prozesuotarako protokoloak sortuta.
- Lehen mailako arretan Osabide Global aplikazioa ezartzeko helburu estrategikoan lankidetzan jardutea, bertan emakume haurdunaren, erditzearen, ulerperioren eta jaioberriaren arretaren historia klinikoaren garapen informatikoa txertatuta.

Segurtasun-ildo hori garatzeko eta xedeak erdiesteko aplikatu den metodologia honako hau izan da:

- Osakidetzaren ama-umeen arretarako zerbitzuen erakunde guztien partaidetza bermatzea.
- Ama-umeen arretarako arloan trebakuntza eta eskarmentua duten profesional adituekin hobekuntza-taldeak sortzea, gertakarien analisi xehatua egiteko, dela modu erreaktiboan, dela proaktiboan; hobetzeko aukerak hautemateko, zuzenketa-neurriak hartzeko eta, ondorioz, geroko gertakariak murrizteko.
- Osasun-profesionalen ekarpenak bideratzea, informazio-sistemak hobetzeko sinergiak ezarrita.

Metodologia horren eta hobekuntza-talde ezberdinek egindako ahaleginaren ondorioz, lorpen hauek izan dira:

- Haurtxoaren segurtasun klinikorako protokoloa, ama-umeen arretarako zerbitzuetan: protokolo honi esker, zainketen % 88 eta % 100 bitartean ohean egiten dira (erakundearen arabera), eta, posible ez den kasuetan, gurasoen/familiaren presentzia bermatzen da beti. Protokolo hori jardunbide egokitzat hartu da Estatuan.
- Amaren identifikazio-prozedurak eta jaioberriaren identifikazio- eta zainketa-prozedurak.
- IKK automatizatua sortzea, jaioberriaren banako historia klinikoa edukitzeko aukera ematen duena; aitzindariak Estatuan, hura ezartzen eta garatzen.
- Haurdunaldi-erditze-puterperioko laguntza-prozesuko segurtasunarekin lotutako neurketa-adierazle berriak sailkatzea eta definitzea.





- Diziplina anitzeko taldeak sortzea eta jaioberri osasuntsuari arreta emateko, jaioberriari jaten emateko eta puerperioko arretarako protokoloak definitzen hastea.
- Erditzeen sailean Azala azalarekin protokoloa baliozkotzea eta jasotzea, azala azalarekin egoteko denbora egungo 50 minutuetatik 120 minutura luzatuta (jaiotzatik hasita).

## ■ HELBURUAK

1. Haurdunaldi, erditze, puerperio eta jaioberriaren laguntza-prozesuko segurtasuna areagotzea ingurune seguru batean, balizko kontrako gertakariak murriztearren; horretarako, haurdunaldi, erditze eta puerperioko prozesuaren fisiologia sustatu eta aktibatu behar da.
2. Amari eta umeari erditzearen aurretik, bitartean eta ondoren eragin diezaieketen kontrako gertakarien eta gertakari zelatarien aurreko jardunbideak garatzea.
3. Profesionalen arteko komunikazioa bermatzea eta sustatzea.
4. Kontrako gertakari larriak (heriotza, kalte iraunkorra, aldi baterako kalte larria) kudeatzeko estrategiak osatzea, gertatzen direnerako, eta horien biktimak, familia eta profesionalak laguntzekoak.
5. Emakumeek eta senideek haurdunaldi, erditze eta puerperioko segurtasun-prozesuan parte har dezaten sustatzea.

## ■ EKINTZAK

2017-2020 aldirako, honako ekintza hauek proposatzen dira xedatutako helburu bakoitzerako:

1. Haurdunaldi, erditze, puerperio eta jaioberriaren laguntza-prozesuko segurtasuna areagotzea ingurune seguru batean, balizko kontrako gertakariak murriztearren, erditze eta puerperioko prozesuaren fisiologia sustatu eta aktibatuta.

### Haurdunaldia:

- Haurdunaldian laguntzeko prozesuaren lantaldea sortzea, sustatzea eta mantentzea.
- Haurdunaldi arrunterako arreta-protokoloak ebaluatu eta berrikustea.
- Laguntza-protokolo guztiak haurdunaldi arrunterako arreta-protokolo bakarrean bateratzea dokumentu korporatibo komun baten bitartez, praktika klinikoaren aldakortasuna gutxitze aldera.
- Haurdunaldi arrunterako arreta-protokoloa hedatu eta ezartzea.
- Arrisku handiko haurdunaldirako arreta-protokoloa hedatu eta ezartzea.
- Zabaldutako protokoloak ebaluatu eta berrikustea.



## Erditzea

- Erditzean laguntzeko prozesuaren lantaldea sortzea, sustatzea eta mantentzea.
- Arrisku txikiko erditzerako arreta-protokoloak ebaluatu eta berrikustea.
- Laguntza-irizpideak bateratzea arrisku txikiko erditzerako arreta-protokolo bakarrean.
- Arrisku txikiko erditzerako arreta-protokoloa hedatu eta ezartzea.
- Arrisku handiko erditzerako arreta-protokoloa hedatu eta ezartzea.
- Zabaldutako protokoloak aldian-aldian ebaluatu eta berrikustea.

## Puerperioa

- Puerperioan laguntzeko prozesuaren lantaldea sustatzea eta mantentzea.
- Puerperio arrunterako arreta-protokoloa hedatu eta ezartzea.
- Puerperio patologikorako arreta-protokoloak ebaluatu eta berrikustea.
- Puerperio patologikorako arreta-protokoloa hedatu eta ezartzea.
- Zabaldutako protokoloak betetzen diren ebaluatzea aldian-aldian.

## Jaioberria

- Jaioberriari laguntzeko prozesuaren lantaldea sustatzea eta mantentzea.
- Laguntza-irizpideak bateratzea jaioberri osasuntsuaren arreta-protokolo bakarrean.
- Jaioberri osasuntsuaren arreta-protokoloa hedatu eta ezartzea.
- Zabaldutako protokoloa betetzen den aldian-aldian ebaluatzea.
- Prozesamendu-zirkuituaren segurtasuna bermatzea amagandiko edoskitzea hartzeko, biltzeko eta emateko.

2. Amari eta umeari erditzearen aurretik, bitartean eta ondoren eragin diezaieketen kontrako gertakarien eta gertakari zelatarien aurreko jardunbideak ezartzea<sup>126</sup>:

- Amaren heriotza
- Fetuaren heriotza
- Umetokiaren haustura
- Preeklampsia eta eklampsia
- Hemorragia obstetrikoa
- Likido amniotikozko enbolismoa



- Sepsia
- Gaixotasun tronboenbolikoa
- Amagandiko traumatismo obstetrikoa: III-IV. mailako urradurak
- Infekzio puerperala

### 3. Profesionalen arteko komunikazioa bermatzea eta sustatzea:

- Ama-umeen arretarako eremu bakoitzeko profesionalak komunikatzen eta taldean lan egiten hezteak.
- Laguntza-prozesuan zehar proba diagnostikoen alerta-balioak eta kritikoak garaiz eta modu eraginkorrean jakinarazteko prozedurak ezartzea.

### 4. Kontrako gertakari larriak (heriotza, kalte iraunkorra, aldi baterako kalte larria) kudeatzeko estrategiak osatzea, gertatzen direnerako, eta horien biktimak, familia eta profesionalak laguntzekoak.

- Arriskua kudeatzeko sistema bat ezartzea emakumearen eta jaioberriaren historia klinikoan.
- Obstetrizian eta pediatrian aditua den diziplina anitzeko talde ireki batek kontrako gertaera aztertzea, hura jazo den erakunde bertan, behar izanez gero, beste osasunerbitzu batzuek ere parte har dezaketena (anestesia, ZUI, Medikuntza Prebentiboa...), kontrako gertakaria antzeman ondoren arriskua kudeatzeko, ikertzeko, aurkaratzeko eta, hala dagokionean, jardunbide egokiak ezartzeko ama-umeen arretarako erakundeetan.
- Arriskua kudeatzea eta, hala badagokio, balioestea haurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza-prozesuaren segurtasun korporatiboko diziplina anitzeko taldean.
- Erakundeek ama-umeen arretarako erakunde bakoitzean kudeatutako kontrako gertakari buruz batera ikastea.
- Kontrako gertakaria jazo ondoren xedatutako jarraibideak erakunde guztietan hedatzea eta ezartzea.
- Profesionalek parte hartzeko kultura sustatzea, kalterik gabeko gertakarien berri ematen jarrai dezaten borondatez.
- Ama-umeen arretarako eremu bakoitzeko profesional taldeei segurtasunaren kulturari buruzko prestakuntza ematea.
- Langileak arrisku-egoerei aurre egiteko prest egon daitezen bermatzea.

### 5. Emakumeek eta senideek haurdunaldi, erditze eta puerperioko segurtasun-prozesuan parte har dezaten sustatzea:

- Gurasoen ahalduntzea, erantzunkidetasuna eta konpromisoa haurtxoaren eta haien arteko lotura indartzeko eta familia-nukleoa egokitzeko, elkarlanean arituz haurtxoaren guraso bezala.

**EBALUAZIOA****11. taula. "Haurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza-prozesuko segurtasuna" ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA	FORMULA
Tresna bidezko erditzea	< % 20 urtean	$\frac{\text{Tresna bidezko erditzeen kopurua} \times 100}{\text{Erditzeen kopuru osoa}}$
3. eta 4. mailako urradurak	< % 3 urtean	$\frac{\text{3. eta 4. mailako urraduren kopurua} \times 100}{\text{Erditze baginalen kopurua}}$
Zesarea bidezko erditzeak	< % 15 urtean	$\frac{\text{Zesarea bidezko erditzeen kopurua} \times 100}{\text{Erditzeen kopuru osoa}}$
Infekzio puerperala duten erdiberrien tasa	< ‰ 20 urtean	$\frac{\text{Infekzioa duten erdiberrien kopurua} \times 1000}{\text{Altan emandako erdiberrien kopurua}}$
Konplikazio hemorragikoen tasa	< ‰ 12 urtean	$\frac{\text{Transfusioa behar izan duten erdiberrien kopurua} \times 1000}{\text{Altan emandako erdiberrien kopurua}}$
Erditze osteko premia-ostepitaleratzeen tasa	< ‰ 5 urtean	$\frac{\text{Zerbitzu berean larrialdietatik berriro ospitaleratutako erdiberrien kopurua (patologiagatik) erditu eta 30 egun baino lehenago} \times 1000}{\text{Altan emandako erdiberrien kopurua}}$
Episiotomia bidezko berezko erditzeen %	< % 30 urtean	$\frac{\text{Episiotomia bidezko berezko erditzea izan duten erdiberrien kopurua} \times 100}{\text{Berezko erditzeen kopurua}}$
Amaren hilkortasun-tasa	< ‰ 0,06 urtean	$\frac{\text{Haurdunaldian, erditzean edo erditu osteko 42 orduetan hildako emakumeen kopurua} \times 1000}{\text{Jaioberri biziak}}$
Jaioberriaren hilkortasun goiztiarraren tasa	< ‰ 7 urtean	$\frac{\text{Hildako jaioberrien kopurua} \geq 500 \text{ g pisuarekin} \times 1000}{\text{Jaioberrien kopurua} \geq 500 \text{ g pisuarekin}}$



## 11. EI. PAZIENTEAREN SEGURTASUNA LARRIALDI-ZERBITZUETAN

### ■ OINARRIAK

Segurtasun klinikoaren funtsezko elementua da laguntzaren kalitatea bermatze aldera. Osasun-sistema osatzen duten arlo guztietan egon behar du beti. Horretan oinarritzen gara, hain zuzen ere, gure erakundearen pazientearen segurtasuna indartzeko: beharrezkoa da oinarria, baina ez da nahikoa.

Osasun-sistema gero eta konplexuagoa denez, laguntza-maila edo -arlo ezberdinak behar bezala komunikatuta eta koordinatuta behar dira, pazienteak ahalik eta arretarik onena eta seguruena jaso dezan.

Badira, bestalde, laguntza-prozesuan segurtasun-gertakariak jazotzeko arrisku handiagoa duten arlo edo zerbitzuak. Esaterako, Larrialdi eta Emergentsietako Zerbitzuak, bai eta Zainketa Intentsiboko eta Bizkortzeko Unitateak<sup>127-129</sup>. Larrialdietako arretak berezko ezaugarri batzuk ditu (lan-bolumen eta arreta-zama handia, zailtasunez aurreikus daitezkeen muturrekin; artatu beharreko askotariko patologiak eta baldintzak; egoera zailean dauden pazienteengan erabaki zailak denbora laburrean hartu beharra...), bai eta komunikazioarekin, talde-lanarekin, teknikak eta gailuak erabiltzearekin, lan-baldintzekin eta antolamendu-faktoreekin lotura duten beste faktore batzuk ere. Horregatik guztiagatik, arrisku handiagoa dute zerbitzuok<sup>130,131</sup>.

Arestian azaldutakoa aintzat hartuta, pentsatzekoa da arazo espezifiko bati berezitasun horien araberrako konponbidea dagokiola. Horregatik, lan-ildo hori Osakidetzako Pazientearen Segurtasun Estrategia berriaren barnean dago.

Larrialdi-zerbitzuetako kontrako gertakarien intzidentzia % 1,6tik % 14ra bitartekoa da, hainbat azterlanetan egindako kalkuluen arabera. Azterlanok, nolana ere, partzialak dira, bi zio direla eta batik bat. Lehenik eta behin, atzera begirakoak dira azterlan gehienak, eta laguntza-historien eta -txostenen berrikuspenak dituzte oinarri; hori dela bide, "icebergaren tontorra" fenomeno gertatzen da, hots, bazter uzten da erregistratuta ez dagoen guztia. Bigarrenik, aurretik larrialdi-zerbitzuetan arreta jaso zuten ospitaleratutako pazienteekin egin dira ia azterlan guztiak; ondorioz, ez dute aintzat hartzen pazienteen gehiengoa, gehienak alta eman eta etxera bidaltzen dituztelako (% 80-90), eta ospitaletik at sortzen diren kontrako gertakari guztiak ere alde batera uzten dira.

Estatuan egindako hiru azterlanetatik ateratako datuak lagungarriak izan dira arazoaren muntaz jabetzeko:

- **ENEAS azterlana** (ospitaleratzearekin loturikoa)<sup>89</sup> 2005ean egin zen 24 ospitaletan; horren datuen arabera, Requenak eta Aranazek ondorioztatu zuten ospitaleratzean antzemandako kontrako gertakari guztien % 3k larrialdi-zerbitzuan izan zutela jatorria, % 76 saihestu zitezkeela (ospitaleratzean saihestu litezkeen kontrako gertakarien % 42ren aurrean) eta horietako gehienek lotura zutela zainketekin (% 48k, hain zuzen ere).
- 2006an 16 autonomia-erkidegotako 48 ospitaletan egindako **APEAS azterlanaren** (lehen arretako zerbitzuarekin erlazionatutako kontrako gertakariak)<sup>90</sup>, datuak ezin dira larrialdi-zerbitzuetara estrapolatu, baina posible da zenbait balioespen aplikatzea, kontrako gertakarien zergatien analisia, adibidez: medikazioari lotutako arazoaren atzetik (% 45) daude zainketekin



erlazionaturikoak (% 26) eta profesionalen arteko nahiz pazienteekiko komunikazio-akatsak (% 25). Azken egoera horiek oso ohikoak dira, halaber, larrialdi-zerbitzuetan.

- **EVADUR azterlana** (larrialdi-zerbitzuetako laguntzarekin lotutako kontrako gertakariak)<sup>132</sup> 2009an garatu zen 21 ospitaleetan; larrialdi-zerbitzuetan berariaz egindako azterlan prospektibo bakarra da. Eraitzen arabera, larrialdi-zerbitzuan arreta jasotako pazienteen % 12k pairatu zuten segurtasun-gertakariren bat (% 1,1ek ez zuen eraginik izan pazientearengan, % 4,8 pazientearengan eragina izan zuten eta % 7,2k kalte egin zioten pazienteari). Honako hauek izan ziren kausa nagusiak: pazientearen zainketekin loturikoak (% 25), medikazioarekin erlazionaturikoak (% 23), diagnosi-akatsak edota -atzerapenak (% 18) eta komunikazio-arazoak (% 17). Uste da kontrako gertakari horien % 70 saihestu litezkeela. Larrialdi-zerbitzuetan egindako bisitetan, ikusi zen pazienteen % 7,5 aurretik izandako, beste laguntza-maila batean sortutako edo larrialdi-zerbitzura egindako aurreko bisitaldi baten ondoriozko kontrako gertakariengatik bertaratu zirela.

Segurtasun-gertakarien eragin ekonomikoari dagokionez, gero eta beharrezkoagoa da larrialdi-zerbitzuetan ere segurtasunik ezak dakartzan kostuak ebaluatzea<sup>133,134</sup>. Batez ere kontuan izanda gaur egun ez dugula larrialdi-eremuetan berariaz sortutako segurtasun-arazoen kostuei buruzko lehen mailako daturik ematen duen ikerketarik<sup>135</sup>.

## ■ HELBURUAK

**Helburu nagusia:** larrialdi-eremuetan segurtasunari heltzea, bai eta ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan (Larrialdi Orokorrak, Pediatriakoak eta Osasun Mentalekoak) eta lehen mailako arreta-zerbitzuan ere (Etengabeko Arretako Guneak).

### Helburu espezifikoak:

1. Larrialdi-zerbitzuetan segurtasuna hobetzeko estrategia bat edukitzea, erakundearen koordinatua; hura abiapuntu hartuta, ESI bakoitzak lanerako plan bat ezarriko du, ezarri beharreko ekintza-ildo, helburu eta ekintza espezifikoekin, baita kronograma eta segimenduarekin ere.
2. ESI bakoitzeko larrialdi-zerbitzuen berariazko arrisku-analisia edukitzea.
3. Segurtasunaren kultura sustatzea eta indartzea, segurtasun-gertakarien berri ematea, arriskuak eta gertakariak aztertzea eta kudeatzea (ikaskuntza) eta profesionalen prestakuntza jasotzea eta parte hartzea (profesionalei ESI bakoitzeko larrialdi-zerbitzuetan lehen mailako duten edo arriskurik handiena duten alderdiei buruzko prestakuntza eta trebakuntza emateko ekintzak egitea).
4. Profesionalen babesa eta aintzatespena indartzea: lidergoa (segurtasun-erreferentea).
5. Zerbitzuko profesional guztiengana informazioa zabaltzea, antzemandako arriskuei buruz zein gomendatutako edota ezarritako hobekuntzei buruz: eginez ikastea edo informazioa itzultzea.
6. Praktika seguruen garapena sustatzea:
  - Larrialdi-zerbitzuetara doazen pazienteei ematen zaizkien zainketak hobetzeko neurriak eta horien aldakortasuna murrizteko ekintzak: errutinak, irizpideak homogeneizatzea zer egin eta zer ez egin xedatzeko.



– Laguntza-lekualdaketetan arriskua gutxitzeko neurriak.

## 7. Komunikazio-arazoei berariaz heltzea:

- Komunikazio-arazoen (profesionalen artekoak, profesional eta pazienteen artekoak eta laguntza-lekualdaketetakoak) ondoriozko segurtasun-gertakariak murrizteko plana eta ekintza-ildoak.
- Erakunde lan-ildo horren harira egiten diren aurrerapenen berri ematea profesional guztiei.
- Kanpo-komunikazioa, Osakidetzako erakunde ezberdinen artean ikasitakoa eta jardunbide egokiak partekatzeko.

## ■ EKINTZAK

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

1. Segurtasun-ildo horri heltzeko lantalde bat sortzea, bideratzea eta mantentzea: Larrialdi-zerbitzuetan segurtasuna hobetzeko lantaldea.
2. Larrialdi-eremuetako segurtasunari ekiteko estrategia zehaztea, lantalde horren barnean.
3. Lan-plana adostu eta ezartzea, estrategia garatzeko. Zentzu horretan, lagungarri izan daiteke dakiguna abiapuntutzat hartzea eta, bestek beste, informazio-iturri hauek aintzat hartzea:
  - Larrialdi-eremuetako buruek edota arduradunek adierazitako premiak eta lehentasunak.
  - Jada antzemandako sistemaren ahultasunak:
    - Akatsen sorrera-gune kritikoen azterketa abiapuntu hartzea lanean hasteko (arriskuak mapatzea, PSAJISen eta segurtasun-gertakariak erregistratzeko eta jakinarazteko beste sistema batzuen informazioa txertatzea, etab.).
    - Edo Larrialdi eta Emergentsietako Medikuntzako Espainiako Elkartearen lantaldeak egindako eta onetsitako premiazko arretako arriskuen mapa aintzat hartzea<sup>136</sup>.
  - Larrialdi-zerbitzuek eta zerbitzu-erakundeek dituzten indarguneak.
4. Profesionalen lidergoa sustatu eta aintzatestea. Larrialdi-eremuetan pazientearen segurtasuneko erreferenteak edukitzearen abantailak balioestea; haien lana baliagarria izango da honako xede hauetarako:
  - Larrialdi-eremuetan segurtasunaren kultura bultzatzea.
  - Gertakariak aztertzea, horien berri ematea eta antzemandako arriskuak kudeatzea.
  - Ezarritako hobekuntzen segimendua egitea.
  - Profesional guztiei feedbacka ematea.



- Larrialdi-zerbitzuetan lan egiten duten profesionalen prestakuntza-beharrak biltzea eta transmititzea.
5. Etengabeko prestakuntza sustatzea. Larrialdi-eremuetan segurtasuna hobetzeko estrategia-ren barnean, ezinbestekoa da profesional guztien prestakuntza-beharrak aintzat hartzea. Lagungarri izan daiteke prestakuntza-jarduerak garatzea, erakunde edo zerbitzu bakoitzaren ezaugarriak eta beharrianak kontuan izanda betiere, horiek xedatuko baitituzte zein diren ahalik eta lasterren jorratu beharreko arloak edo arazoak.
  6. Praktikak homogeneousatzeko eta, hartara, aldakortasunari loturiko arriskuak (profesionalen eta zerbitzuen artekoak) murrizteko xedez, errutina nahiz jardunbide egokiak ezartzera bideratutako jarduerak garatzea aztertzea. Hori guztia, honako helburu hauetarako: a) profesional berak modu berean egin ditzan prozedurak eta zainketak edonon; b) profesional ezberdinek prozedurak eta zainketak modu berean aplikatu diezazkieten paziente desberdinei; eta c) paziente bakoitzak modu koordinatuan jaso ditzan zainketak, hainbat profesionalen eskutik eta laguntza-sarean edonon.
  7. Profesionalen arteko, profesionalen eta pazienteen arteko eta laguntza-lekualdaketetako komunikazioa hobetzera eta bultzatzera zuzendutako ekintzak garatzeko aukera aztertzea komunikazio-arazoei lotutako segurtasun-gertakariak ahalik eta gehien murriztearren.

## EBALUAZIOA

**12. taula. "Pazientearen segurtasuna larrialdi-zerbitzuetan" ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
<b>2018. urtearen amaiera</b>	
Larrialdi-zerbitzuetan segurtasun-erreferenteak dituzten erakundeen %	% 100
Segurtasun-taldea duten larrialdi-zerbitzuen %	% 100
Premiazko arreta-eremuetako arriskuen analisi orokorra (horri ekiteko lehen tasun-irizpideekin) egin duten erakundeen %	% 100
Larrialdi-zerbitzuetan segurtasuna hobetzeko lan-plan bat (ekintza-ildo, helburu eta ekintzekin) duten erakundeen %	% 100
Larrialdi-zerbitzuetako arriskuen analisiaren emaitzak eta abian jarri beharreko lan-plana zabaldu/jakinarazi dituzten erakundeen %	% 100
ESI bakoitzeko larrialdi-zerbitzuetan jakinarazitako segurtasun-gertakarien kopurua	





**2019. urtearen amaiera**

ESI bakoitzeko larrialdi-zerbitzuetan jakinarazitako segurtasun-gertakarien kopurua

Hobetzeko ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gertakarien % % 50

Ezarritako hobekuntza-ekintzen % % 25

Larrialdi-zerbitzuetan segurtasuna hobetzeko proposatu edota ezarri diren hobekuntza-neurriak zabaldu/jakinarazi dituzten erakundeen % % 100

**2020. urtearen amaiera**

ESI bakoitzeko larrialdi-zerbitzuetan jakinarazitako segurtasun-gertakarien kopurua

Hobetzeko ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gertakarien %

Ezarritako hobekuntza-ekintzen % % 75  
% 50

Hobetzeko neurriak ezarri ondoren egoera berriz ebaluatzeaz gain segimendua egin zaien gertakarien % % 25

Hobetzeko ezarritako ekintzak zabaldu/jakinarazi dituzten erakundeen % % 100



## 12. EI. PAZIENTEAREN SEGURTASUNA ZAINKETEI DAGOKIENEZ

### ■ OINARRIAK

2005ean ENEAS<sup>89</sup> azterlana egin zen, agerian jarri zuena ospitaleratzean jazotako kontrako gertakarien % 7,6k lotura zuela pazienteek jasotzen zituzten zainketekin. APEAS<sup>90</sup> azterlanak (2007. urtea), bestalde, zainketekin lotu zituen lehen mailako arreta-zerbitzuan jazotako kontrako gertakarien % 6,5. Azterlanok, beraz, arreta jarri dute zainketa seguruak bermatzera zuzendutako estrategietan eta ekintzetan. Nazioartean berriki egindako azterlanek zifra handiagoak ematen dituzte aditzera (% 15,3)<sup>137</sup>; hala ere, horiek erkatzeko zailtasuna nabarmentzen dute, ez baitago estrategia edo metodologia sistematizaturik erizaintzako zainketen emaitzak neurtzeko, adierazle bakanak erabiltzeak arazoaren ikuspegi zatikatua ematen duelako eta, batzuetan, ezinezkoa baita jazotako gertakariaren eta emandako zainketaren lotura argirik zehaztea.

Gobernuek, erizaintza arautzen duten erakundeek, Estatuko zein nazioarteko elkarteek, denek nabarmentzen dute zainketen kudeaketak berekin dakarrela arriskuak prebenitzeko eta horien gainean jarduteko ardura. Zainketak beti dira gure pazienteei ematen diegun asistentzia sanitarioaren parte; hori dela eta, zainketak egitean aintzat hartu behar dira horien segurtasuna areagotzeko oinarritzko gomendioak<sup>138</sup>:

1. Erizaintzako Arreta Prozesua ezartzea pazienteen zainketak planifikatzeko; horretarako, pazientearen egoerari buruzko informazioa interpretatuko da, eta erabaki klinikoak hartuko dira antzemandako premietan oinarrituta.
2. Zainketekiko erantzuna etengabe ebaluatzea, aldaketak monitorizatuz.
3. Paziente, senide eta beste profesional batzuekin modu eraginkorren komunikatzea.
4. Lanak pertsona eskudunaren esku uztea, hala dagokienean; nola egiten diren gainbegiratu da.
5. Ezarritako protokolo eta prozedurak jarraitzea.
6. Medikazioa behar bezala ematea.
7. Ekipamendu, material eta tresneriaren funtzionamendua ezagutzea eta horiek behar legez erabiltzea.

Osakidetzak, bestalde, zainketarekin lotutako kontrako gertakari zehatzen intzidentzia murriztea xede duten neurri ezberdinak ezarri izan ditu aspalditik, esaterako, presio-ultzerena (PEU) eta erorikoena murriztekoak. 2017-2020 aldirako, helburua da Osakidetzako 2013-2016 aldirako Segurtasun Estrategiaren esparruan garatu diren ekintzetan sakontzea, PEUei eta erorikoei dagokienez.

### PEUak

PEUak errazen saihesta daitezkeen kontrako gertakarietako bat da, baldin eta osasun-sistema guztietako pazientearen segurtasun-estrategiak eta -politikak definitzean indarrean mantentzen badira<sup>139</sup>. Hala eta guztiz ere, jendea hil egiten da PEUen ondoriozko konplikazioak direla eta; horrek eragin handia du gizakiongan, gizartean eta ekonomian.



Osakidetzan, erizaintzako zainketak kudeatzeko Osanaia aplikazio informatikoari eta bertan jasotzen diren datuen ustiapenari esker, informazio eguneratua dugu presio-ultzerek ospitaleratutako pazienteengan eta etxean artatzen diren paziente kronikoengan duten eraginari buruz; datuok, hala ere, kontuz maneiatu behar dira, benetan jazotzen diren kontrako gertakariak baino gutxiago aitortzen baitira. Hala bada, 2016an II. mailako edo handiagoko PEUen intzidentzia % 0,9koa izan zen paziente akutuen unitateetan emandako alden kasuan, eta % 2,4koa, berriz, ospitaleko egonaldi ertain-luzeetan eta psikogeriatrian. Lehen mailako arreta-zerbitzuan, etxean artatzen diren paziente kronikoen % 10,8k jasan dute II. mailako edo handiagoko PEUren bat 2016an.

## ■ AURREKARIAK

2014ko hirugarren lauhilekoan PEU-UPP Adi! (Presioz eragindako ultzerak – Úlceras Por Presión Adi) ekimen korporatiboa hedatzen hasi zen, Osakidetzako zerbitzu-erakundeetan PEUak hobeto kudeatze aldera. Osakidetzako 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategiaren 7. ekintza-ildoan sartu zen ekimen hori; horren helburua zen PEUen kudeaketaren inguruan zerbitzu-erakunde bakoitzean garatutako jardunbide egoki ezberdinei balioa ematea, hedapen korporatiborako dituen aukerak aztertzea eta Osakidetzara osoan aplikatu daitezkeen jardunbide horiek hedatzea. Prozesu horretan, esku hartzeko lau osagai bereizi hartu dira kontuan, elkarrekin lotura dutenak:

- Antolamendu-osagaiak: esate baterako, politikak, protokoloak eta prozedurak, ebaluazio-prozesuak, prestakuntza eta zainketaren jarraipena
- Arriskua balioestea, baliozkotutako tresnen bidez
- Zainketak optimizatzea
- Laguntza-esparruen eta erakundearen artean zainketak koordinatzea, bateratutako komunikazioaren eta ikaskuntzaren alde egiteko

Ekimen horren garapenak bide eman du jardunbide egokien multzo bat hedatzeari, zerbitzu-erakunde bakoitzean aurrera eramandako aurretiko esperientzietan oinarrituta eta laguntza-esparru bakoitzaren ezaugarriak kontuan izanik (Arreta Espezializatua, Lehen Mailako Arreta, Osasun Mentala eta Larrialdiak). Alderdi jakin baterako aurretiko esperientziarik izan ez bada, *ad hoc* jardunbideak garatu dira.

Ekimena garatzeko metodologiak zerbitzu-erakunde guztien bat-etortzea izan du oinarri, eta lantalde espezifiko bat sortu da gai horretan parte hartzen duten erakunde guztien ordezkariekin. Talde horretatik kontsentsuzko hainbat dokumentu sortu dira; horren kideek, bestalde, erreferente gisa jardun dute beren erakundeetan ekimenean adostutako neurriak ezartzeko. Lantalde horren ahaleginaren emaitza dira garatutako neurri hauek:

- Erakundeko eta zerbitzu/unitate/eremuetako PEUen erreferenteak ezartzea, bai eta berarizko batzordeak ere erakunde bakoitzean, zehaztutako eginkizun batzuekin.
- PEUen intzidentzia eta prebalentzia ebaluatzeko metodologia homogeneizatzea.
- Presioa maneiatzeko material espezifikoaren kudeaketa-zirkuitu homogeneo bat zehaztea.



- Parte hartzen duten profesionaleri zuzendutako prestakuntzaren edukiak eta egitura; lehen-tasuna emango zaio erizaintzako laguntzaileentzako online prestakuntzako proposamenari. Garapen-bidean dago, Prestakuntzako arloarekin elkarlanean.
- PEUak prebenitzeko eta tratatzeko elikadura maneiatzeari buruzko gomendioen gida idaztea.
- Laguntza-erakunde batean PEUak garatzeko arrisku-mapak egitera bideratutako metodologia definitzea.
- PEUen prebentzio- eta zaintza-protokolo korporatiboa hedatzeko sistema bat ezartzea.
- Pazienteei eta zaindariei heziketa emateko materialak eta edukiak diseinatzea; prebentzioari buruzko informazio-triptiko bat eratzea da eremu horretako lehen ekintza.

Ekimenaren esparru-dokumentuan bertan xedatzen zen ekimenaren aurrerapen-maila ebaluatu behar zela eta, horretan oinarrituta, neurriak ezarri behar zirela, adierazleen aginte-taula baten bidez. Aginte-taula ekimenaren aurrerapausoen arabera berrikusi da, eta 2017ko urtarrilean egin zen horren araberako ebaluazioa. Ebaluazio horren ondorioz, hainbat indargune eta hobetzeko arlo batzuk antzeman dira, aparteko esku-hartzeak eskatuko dituztenak 2017-2020 aldian.

Hauek dira antzemandako indarguneetako batzuk:

- Antolakuntzako erreferente edo arduradun bat dago PEU-UPP Adi! ekimena abian duten zerbitzu-erakunde guztietan PEUri buruzko ekintza-ildorako.
- Ekimena abian duten erakunde guztietan ezarri dira eremuko edo unitateko erreferenteak PEUri buruzko ekintza-ildorako.
- Zerbitzu-erakundeen % 83k lantalde espezifiko bat edo hobekuntza-talde bat dute.
- Zerbitzu-erakundeen % 82k urtero egiten dituzte intzidentziari eta prebalentziari buruzko azterlanak.
- Zerbitzu-erakundeen % 82k arriskua aztertzen den egiaztatzeko plana dute.
- Zerbitzu-erakundeen % 89k PEUak prebenitzeari loturiko prestakuntza-jarduerak garatu dituzte.
- Erakundeen % 76k zainketak aplikatzen dituzten profesionaleri emaitzak jakinarazteko plan sistematizatua dute.

## ■ HELBURUAK

2017-2020 aldirako, helburu hauek proposatzen dira PEUei dagokienez:

1. PEU-UPP Adi! ekimenaren ezarpenaren eta garapenaren segimendua egitea.
2. PEUren intzidentziari buruzko datuen etengabeko ebaluazioa sustatzea.



## ■ EKINTZAK

- PEU-UPP Adi! ekimena sustatzen duten profesional erreferenteen erakundeetan hura egotea bermatzea.
- Informazio-sistema korporatiboak abiapuntu hartuta, segimendua egitea, proposatutako adierazleak etengabe hobetzen diren egiaztatzeko.

## ERORIKOAK

Ospitaleratutako pazienteen erorikoak ohiko segurtasun-gertakaria dira, batez ere adineko eta mende-kotasuna duten pazienteengan. Erreferentzia-tasak aldatu badaitezke ere, oro har 3 eta 20 eroriko bitartean jazotzen dira ospitale-egonaldietako mila eguneko<sup>140-143</sup>. Aldien erdian gertatzen dira lesioak; horren ondorioz, pazientearen antsietatea handitzen da, mugitzeko eta jarduerak egiteko konfiantza galtzen du, isolaturik geratzen da, luzatu egiten da ospitaleko egonaldia, handitu egiten da erakunde soziosanitarioetan sartzeko arriskua eta asistentzia sanitarioaren kostua handiagotzen da<sup>144</sup>.

Osakidetzan, 2016an, akutuen ospitaleetan alta jasotako pazienteen % 0,9 erori zen ospitalean egon ziren bitartean; egonaldi ertain-luzeko ospitaleratzeetan eta Osasun Mentaleko Sareetan, aldiz, egonaldien % 2,7koa izan zen tasa.

Laguntza-ingurunean prebentziorako garatutako neurriak eta ekintzak gorabehera, ospitaleratzean zehar gertatzen diren erorikoak erronka dira oraindik orain osasun-sistementzat; izan ere, banako arrisku-faktoreen eta inguruneari lotutakoen arteko erlazio konplexuaren emaitza dira erorikook. Erorikoak gutxitzeko estrategiek arriskua garaiz eta etengabe balioestea izan behar du oinarri, bai eta prebentzio-ekintzak ezartzea ere; horretarako, lagungarria da partaide guztiak laguntza-prozesuan sartzea, pazienteak eta haien senideak barne.

## ■ AURREKARIAK

2015eko azken lauhilekoan, Eroriko Ez izeneko ekimen korporatiboa zabaltzen hasi zen Osakidetzan. PEU-UPP Adi! bezala, Osakidetzako 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategiaren 7. ekintza-ildoaren barnean dago, eta zerbitzu-erakundeetan ildo hori hobeto kudeatzea eta tokian-tokian garatu diren jardunbide egokiak homogeneizatzea ditu helburu. Izan ere, PEU-UPP Adi! ekimenaren printzipio eta garapen-metodologia berberak ditu.

Ekimena garatzeko, eraginkortasun egiaztatuko osagaiak hartu ziren kontuan, eta haientzako esku-hartzeak zehaztu ziren. Honako hauek ziren osagaiok:

1. Erortzeko arriskua aztertzea.
2. Erorikoak prebenitzeko neurri unibertsalak eta finkatutako protokoloak betetzea.
3. Medikazioa berrikustea.
4. Laguntza, aholku klinikoa eta ebaluazioa.



5. Erorikoen adierazpena/erregistroa.
6. Profesionalen prestakuntza.
7. Heziketa pazienteentzat eta zaintzaileentzat.
8. Zainketekin jarraitzea.

Ekimena garatzeko eta zabaltzeko, lantalde bat sortu zen zerbitzu-erakunde guztietako ordezkariekin; lantalde horren helburua zen zabalduetako jardunbide egokiek dokumentuan identifikatutako beharrei erantzutea. Lantaldeak honako hauek zehaztu ditu:

1. Alderdi hauek ebaluatzeko metodologia homogeneoa:
  - Erortzeko arriskua aztertzen dela egiaztatzea.
  - Erortzea prebenitzeko esku-hartzeak txertatzea pazienteen zainketa-planean.
  - Protokolo korporatiboa aplikatzea.
  - Berrikuspen-eskaera egin dela egiaztatzea eta medikazioa berrikustearen emaitzak aztertzea.
  - Erortzeko arriskuaren azterketari eta prebentzioari buruzko informazioa ematea, zainketen txostenen bidez.
2. Ospitaleratutako pazienteak zuzenean zaintzen dituzten profesionalentzako prestakuntza-programaren egitura eta edukiak.
3. Paziente eta zaindariai zuzendutako material hezigarrien formatua eta edukiak, pazienteei eta laguntzaileei eman dakiekeen diptiko batean, bai eta itxaron-geletako eta telebista-zirkuitu itxietako pantailetan proiektatzeko bideo bat ere.

Taldeak egindako lana eta taldean zehaztu beharrik egon ez den gainerako neurrien hedapen eta ezarpena aldi berean gertatu dira.

PEU-UPP Adi! ekimenak ez bezala, ibilbide laburra du ekimen honek; horregatik, ez zaio oraindik heldu esparru-dokumentuan jasotako ebaluazio-prozesuari.

## ■ HELBURUAK

2017-2020 aldirako, helburu hauek proposatzen dira erorikoei dagokienez:

1. Eroriko Ez ekimenaren ezarpenaren eta garapenaren segimendua egitea.
2. Erorikoen intzidentziari buruzko datuen etengabeko ebaluazioa sustatzea.

## ■ EKINTZAK

- Eroriko Ez ekimena sustatzen duten profesional erreferenteen erakundeetan hura egotea bermatzea.
- Informazio-sistema korporatiboak abiapuntu hartuta, segimendua egitea, proposatutako adierazleak etengabe hobetzen diren egiaztatzeko.



**EBALUAZIOA**

**13. taula. “Pazientearen segurtasuna zainketei dagokienez” ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Presio-ultzeren urteko prebalentzia-azterlan bat eginda edukitzea	Erakundeen % 100
Urteko prebalentzia-azterlanaren bidez hautemandako ultzeren ehunekoa, eta Osanaia programa informatikoaren bidez aitortu ez direnena	< % 2,00
Paziente akutuen ospitalizazioan, alta jasotzeko unean, II. mailako edo handiagoko ospitale-barneko ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa, Osanaia programa informatikoaren bidez aitortutakoak (pediatria, psikiatria, obstetrizia, egonaldi laburreko unitatea, kirurgia handi anbulatorioa unitatearen xede-biztanleria kanpo utzita)	< % 1,5
II. mailako edo handiagoko ospitale-barneko presio-ultzeren tasak, egonaldi ertain-luzeko ospitalizazioetan eta psikogeriatrian, Osanaia informatika-programaren bidez aitortutakoak	< ‰ 2,5
Alta jasotzeko unean ospitaletik kanpoko presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa (pediatrian, bere osotasunean, psikiatrian, obstetrizian, egonaldi laburreko unitatean eta kirurgia handi anbulatorioan ospitaleratutako pazienteak kanpo utzita)	< % 1,50
Alta jasotzeko unean ospitale-barneko presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa (pediatrian, bere osotasunean, psikiatrian, obstetrizian, egonaldi laburreko unitatean eta kirurgia handi anbulatorioan ospitaleratutako pazienteak kanpo utzita)	< % 1,30
Egonaldi ertain-luzeko ospitalizazioetan eta psikogeriatrian ospitale-barneko presio-ultzerak dituzten pazienteen intzidentzia-tasa	< ‰ 4,00
II. mailako edo handiagoko ospitaletik kanpoko presio-ultzerak dituzten eta etxean artatzen diren paziente kronikoen ehunekoa	< % 8
Akutuen ospitalizazioan erori diren pazienteen ehunekoa (pediatriako pazienteak salbu), Osanaia programa informatikoaren bidez aitortutakoak	< % 0,70
Egonaldi ertaineko eta luzeko ospitalizazioan eta Osasun Mentaleko Sareetan izandako erorikoen tasa egonaldiekiko, Osanaia programa informatikoaren bidez aitortutakoa	< ‰ 2,0
Ospitalizazioan erorikoak saihesteko online prestakuntza jaso duten profesionalak (osasun-arlokoak zein osasun-arlokoak ez direnak), ospitaleko laguntza-prozesuarekin lotura zuzena dutenak	% 25 (2020)



## 13. EI. MEDIKAZIOA ERABILTZEAREN INGURUKO JARDUNBIDE EGOKIAK

### ■ OINARRIAK

Laguntza-prozesuan, medikazioarekin erlazionatzen dira kontrako gertakariei lotutako akats gehienak.

Estatuan garatutako azterlan epidemiologiko ezberdinetan frogatu da hori. Aipatzekoak dira ENEAS<sup>89</sup> eazterlanean egindako aurkikuntzak; horien arabera, ospitaleratutako pazienteengan hautemandako kontrako gertakarien % 37,4k medikazioarekin dute lotura. APEAS<sup>90</sup> azterlanak, bestalde, agerian jartzen du lehen mailako arreta-zerbitzuan artatutako pazienteengan hautemandako kontrako gertakarien % 47,8k medikazio-akatsekin lotura dutela. Testuinguru horretan, beharrezkotzat jotzen da pazientearen segurtasuna hobetzera zuzendutako ekintzak abian jartzea.

Ia edozein sendagaik izan ditzake nahi ez bezalako ondorioak; hala ere, badira kalte larriak edota heriotza eragin lezaketen sendagaiak, baldin eta oker erabiltzen badira<sup>145</sup>. Horiei “arrisku handiko sendagai” deritze.

Institute For Safe Medication Practices (ISMP) institutuak egindako azterlan baten arabera, kontrako gertakari larriei loturiko farmakoekin egindako akats gehienek zerikusia dute farmako kopuru mugatu bat erabiltzearekin; hortaz, posible da, baita gomendagarria ere, hobetzeko ekintzak haietan ardaztea<sup>146</sup>. Hori abiapuntu hartuta, Institute for Safe Medication Practices (ISMP) institutuak ospitaleetan oso arriskutsutzat hartzen diren sendagaien zerrenda egin zuen, egun mundu osoan erabiltzen dena erreferentzia gisa; izan ere, ISMP-España erakundeak gure herrialdean erabiltzen diren sendagaietara egokitu zuen aipatutako zerrenda<sup>147</sup>.

Pazienteengan izan ditzaketen ondorio larriak direla eta, “arrisku handiko sendagaiek” lehenetsuzko helburu izan behar dute pazientearen segurtasuna hobetzeko estrategietan. Osasun-erakundeek sendagaiok identifikatu behar dituzte, bai eta hobetzeko ekintzak ezarri ere horiek segurtasunez erabiltzeko osasun-prozesu guztietan<sup>148</sup>.

### ■ AURREKARIAK

Arrisku handiko sendagaiak gaizki erabiltzea arazo potentziala da pazientearen segurtasunerako; hain da garrantzitsua, non Osakidetzak urte luzeak baitaramatza sendagaiotan arreta berezia jartzen.

Horren harira, ekintza-ildo korporatibo bat erantsi zen 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategian; bertan, ISMPren zerrendako lau sendagai multzori heltzen zaie, beren balizko larritasunaren eta zenbatean behin erabiltzen diren arabera: Aho bidezko antikoagulatzaileak, intsulinak, zain barneko potasioa eta zitostatikoak.

Xedea zen, batetik, sendagai horiek erabiltzeko jardunbide egokiak zehaztea, prozesuko etapa bakoitzean, eta bestetik, horiek erakunde-mailan zabaltzea. Hala, segurtasun handiagoz erabiliko dira sendagaiok Osakidetzako osasun-erakunde guztietan.

Estrategiaren ildo horretan garatutako ekintzekin honako emaitzak lortu dira:





## 1. Aho bidezko antikoagulatzaileak:

- “Aho bidezko antikoagulatzaileak behar bezala erabiltzeko gomendioak” dokumentu korporatiboa egin da, eta zabaltzeke dago.
- Aho bidezko antikoagulatzaileak hartzen ari diren pazientei informazioa emate aldera, eta profesionalek emandako informazioaren osagarri gisa, gogotsu ari gara lanean honako hauek garatzeko:
  - “Aho bidezko antikoagulatzaileak hartzen ari den pazientearentzako informazio-gida”.
  - Aho bidezko antikoagulatzaileak hartzen ari den pazientearentzako gomendioen triptikoa.

## 2. Intsulinak:

- Zabaltzeke dauden dokumentu korporatibo hauek egin dira:
  - “Intsulinak behar bezala erabiltzeko gomendioak”.
  - Helduengan hipogluzemia maneiatzeari buruzko posterra.
  - Pediatrian hipogluzemia maneiatzeari buruzko posterra.
  - Intsulinak sailkatzeko eta aurkezteko taula.

## 3. Zain barneko potasioa:

- “Zain barneko potasioa behar bezala erabiltzeko gomendioak” dokumentu korporatiboa egin da, eta zabaltzeke dago.

## 4. Zitostatikoak:

Sendagai zitostatikoak erabiltzeko prozesuaren faseak berrikusi dira, eta haietako bakoitzean ezarri dira sendagaiok behar bezala baliatzeko jarraibideak. Oraindik ez da jarraibideoi buruzko dokumenturik garatu; izan ere, Laneko Segurtasun eta Higieneko Institutu Nazionalak (IHSHT) “Sendagai arriskutsuak: prestatzeko eta emateko neurriak” dokumentu teknikoa zabaldu du, eta hori oinarri hartuta, gai horri buruzko lan-ildo bat sustatu du Prebentziorako Zerbitzu Korporatiboak. Horregatik, sendagai horien segurtasun-estrategia garatu beharko da, lantalde horrekin bat.

## ■ HELBURUA

Arrisku handiko sendagaiak segurtasun handiagoz erabiltzea.

## ■ EKINTZAK

Helburu horri heltzeko, honako ekintza hauek planifikatu dira.

### 1. “Jardunbide egokien” ezarpena bultzatzea:

- Aho bidezko antikoagulatzaileak erabiltzeari dagokionez:
  - Garapen-dokumentu hauek amaitzea:
    - Aho bidezko antikoagulatzaileak hartzen ari den pazientearentzako informazio-gida.
    - Aho bidezko antikoagulatzaileak hartzen ari den pazientearentzako gomendioen triptikoa.
  - Erakunde-mailan aurreko puntuan aipatutako dokumentuak zabaltzea, bai eta “Aho bidezko antikoagulatzaileak behar bezala erabiltzeko gomendioak” ere.



- Intsulinak erabiltzeari dagokionez:
    - Prestatutako lau dokumentuak erakunde-mailan zabaltzea:
      - “Intsulinak behar bezala erabiltzeko gomendioak”.
      - Helduengan hipogluzemia maneiatzeari buruzko posterra.
      - Pediatrian hipogluzemia maneiatzeari buruzko posterra.
      - Intsulinak sailkatzeko eta aurkezteko taula.
  - Zain barneko potasioa erabiltzeari dagokionez:
    - “Zain barneko potasioa behar bezala erabiltzeko gomendioak” dokumentua erakunde-mailan zabaltzea.
2. “Jardunbide egokiak” garatzea, zitostatikoak erabiltzeari dagokionez:
- “Sendagai arriskutsuak: prestatzeko eta emateko neurriak” dokumentu teknikoan oinarrituta egiten ari den lanaren arabera aurrera egitea.
  - Zitostatikoak behar bezala erabiltzeko gomendioen dokumentua egitea eta zabaltzea.
3. Beste talde terapeutiko batzuetan hobetzeko estrategiak nahiz arrisku handiko sendagai espezifikoak garatze aldera, honako ekintza hauek proposatzen dira:
- Zerbitzu-erakundeetan talde terapeutikoak edo arrisku handiko sendagaiak segurtasunez erabiltzeari buruzko autoebaluazioa sustatzea, baliozkotutako tresnekin (ISMP).
  - Hobetzeko aukerak hautematea.
  - Esku hartu beharko liratekeen talde terapeutiko edo sendagai espezifikoak adostea zerbitzu-erakundeekin, kontrako gertakarien maiztasuna eta larritasuna eta eskuragai dagoen ebidentzia zientifikoa oinarri hartuta.

## ■ EBALUAZIOA

**14. taula. “Medikazioa erabiltzearen inguruko jardunbide egokiak” ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
<b>Urteko neurketa-adierazleak</b>	
Arrisku handiko sendagaiak (antikoagulatzaileak, insulinak, zain barneko potasioa eta zitostatikoak) ematearekin lotutako jardunbide egokiak ezarri dituzten erakundeen proportzioa, beren laguntza-jarduera motaren arabera	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Baliozkotutako tresnekin sendagaiak erabiltzeko sistemaren segurtasunari buruzko autoebaluazioa egin duten erakundeen proportzioa	% 100 (2019)



## 14. EI. JARDUNBIDE EGOKIAK DESNUTRIZIO-ARRISKUAN DAUDEN OSPITALERATUTAKO PAZIENTEENGAN

### ■ OINARRIAK

Nutrizio-egoerak eragina du gaixotasunen bilakaera klinikoan eta gaixoen bizi-kalitatean. Nutrizio-egoera eskasa denean, handitu egiten dira ospitaleko egonaldia, berrospitaleratze-tasa, infekzioak izateko arriskua, orbaintzeko denbora eta konplikazioak, erorikoak nahiz presio-ultzerak pairatzeko arriskua. Horregatik guztiagatik, desnutrizioak morbiditate- eta heriotza-tasa handitzen du, bai eta laguntzaren kostuak ere<sup>149-151</sup>.

Ospitaleratutako pazienteen kasuan, desnutrizioa eragiten du faktore hauen interakzio konplexuak: gaixotasuna bera (gosea txikitzea, elikagaiak hartzeko, digeritzeko edota xurgatzeko zailtasunak, nutrizio-beharrizanak handitzea, etab.), diagnosi- eta tratamendu-prozesuak (barautu behar izatea proba jakin batzuk egiteko edo ebakuntza ondoko aldian egoteagatik; digestio-atsedenaldia egin behar izatea zenbait patologiatako neurri terapeutiko gisa) eta ospitaleen ezaugarriak (paziente bakoitzaren nutrizio-premiak asetzeko zailtasunak, elikatzeko protokolo zurrunik, osasun-profesionalen sentsibilizazio eza, etab.).

Ospitaleratutako pazienteen desnutrizioa oraindik orain % 30 eta % 50 bitarteko prebalentzia duen osasun-arazoa da<sup>151</sup>. Horri heltzeko, gomendagarria da estrategia batzuk diseinatzea eta ezartzea, ospitalean barau egin behar ez izateko, desnutrizio-arriskuan dauden pazienteak garaiz identifikatzeko, aldian-aldian arrisku hori ebaluatzeko eta prebenitzeko eta tratamendu-neurriak abian jartzeko<sup>152</sup>.

Nutrizio-baheketa sistematizatzeko eta ospitaleratzean desnutrizio-arriskuan dauden pazienteak garaiz antzemateko xedez sartu da Osakidetzako Pazientearen Segurtasun Estrategia berrian lan-ildo hau.

### ■ AURREKARIAK ETA EGUNGO EGOERA

Europar Batasunaren “Together for health: a Strategic Approach for the UE 2008-2013”<sup>153</sup> osasun-estrategian ospitaleko desnutrizioari aurre egiteko ekintza aproposak barne hartzen dira, Europako Kontseiluaren Ministro Batzordeak<sup>154</sup> proposatutako gomendioen jarraipen gisa, arazoaren garrantzia nabarmendu baitzuen 2003an. Halaber, *nazioartean* egindako esperientzia ezberdinen artean aipatzekoa da, bere berezitasun praktikoa eta asistentziala dela eta, *Nutrition Support for Adults Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition* lana, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)<sup>155</sup> institutuak 2006an egindakoa.

*Estatuan*, PREDyCES azterlanak (Ospitaleko Desnutrizioaren Prebalentzia eta Lotutako Kostuak Espainian), 2009an estatuko 31 ospitale ordezkarietan<sup>156</sup> garatutakoak, datu interesgarriak eman zituen aditzera, besteak beste: a) behar bezala elikatuta zeuden pazienteen % 9,6k desnutrizioa garatu zuten ospitalean egon ziren bitartean; b) ospitaleratutako paziente guztien % 23 desnutrizio-arriskuan zeuden; eta c) desnutrizio-arriskuarekin ospitaleratu ziren pazienteen % 72k desnutrizioa zuten alta jasotzeko unean. Gure ingurunean ere aipagarria da “Espainiako ospitale-desnutrizioari



aurre egiteko diziplina anitzeko kontsentsua” txostena<sup>152</sup>; 2011n Elikadura Parenteral eta Enteralen Espainiako Sozietateko (SENPE) kideek eta beste sozietate zientifiko batzuetako ordezkariak egindako lanaren emaitza da, arestian aipatutako NICEren dokumentua oinarri duena.

*Osakidetzan*, zenbait zerbitzu-erakundek ospitalizazioan desnutrizioa saihesteko ekintzak edo proiektuak garatu dituzte azken urteotan; Gorlizko Ospitaleak, adibidez, ospitaleratutako pazienteen nutrizioa aspaldi sartu zuen bere kudeaketa-sistemaren barnean, pazientearen segurtasunaren prozesu estrategikoari lotuta. Bestalde, presio-ultzerak pairatzeko arriskua duten edo jada pairatzen dituzten pazienteen nutrizioa maneiatzeko gomendioen gida zabaldu behar da, PEU-UPP Adi!<sup>157</sup> taldeak egina; bertan, garatu beharreko ekintza jakin batzuk ezartzen dira, Braden eskalaren bidez balioetsitako nutrizio-egoeraren arabera. Ospitaleko desnutrizioaren arazoak jabetuta, Erakunde Sanitario Integratu ezberdinetako profesionalek arazoari ikuspegi korporatibo batetik heltzeko beharra azpimarratu dute.

## ■ HELBURUAK

**Helburu nagusia:** desnutrizio-arriskuan dauden ospitaleratutako pazienteen desnutrizioa saihestea.

### **Helburu espezifikoak:**

1. Osakidetzako sarean ospitaleratutako pazienteen desnutrizioa edo hura pairatzeko arriskua garaiz antzemateko programa korporatiboa garatzea.
2. Desnutrizioa prebenitzeko edo tratatzeko beharrezkoak diren esku-hartzeak ezartzea.

## ■ EKINTZAK

Helburuok erdiesteko, gaian adituak diren lider klinikoek osatutako diziplina anitzeko taldea sortzea da lehen urratsa. Lantalde horretan, garatu beharreko ekintzak zehaztu eta adostuko dira; erreferentzia gisa har litezke Osakidetzako zerbitzu-erakunde batzuetako esperientziak.

Proposatutako helburuak betetze aldera, ekintza edo alderdi nagusi hauek garatu beharko dira, besteak beste:

- Ospitaleratzean nutrizio-baheketa goiztiarra egiteko prozedura ezartzea, hiru egoera bereizi ahal izateko: behar bezala elikatutako pazientea, desnutrizio-arriskuan dagoen pazientea eta elikatu gabeko pazientea.
- Nutrizio-baheketaren datuak pazientearen historia klinikoan erregistratzeko prozedura sistematizatzea, informazio horren trazabilitatea errazte aldera eta, hartara, ospitaleko egonaldian kontrola eta segimendua egin ahal izateko.
- Baheketaren emaitzen arabera jarduteko prozedura ezartzea, egin beharreko esku-hartze terapeutikoak eta segimendu-ekintzak zehazten dituenak, bai elikatu gabeko pazienteen kasuan, bai desnutrizio-arriskuan dauden pazienteen kasuan.



- Alta jasotzeko unean pazientearen nutrizio-egoerari buruzko informazioa transferitzea, eta, hala badagokio, alta eman ondoren desnutrizioa saihesteko edota tratatzeko beharrezkoak diren zainketei buruzko gomendioak ematea
- Arazoaren munta eta eraginarekiko eta garaiz antzeman eta aurre egin beharrekiko sentsibilizazioa profesional guztiak.
- Pazientearen nutrizio-egoeraren balioespenean parte hartzen duten profesionalei presakuntza ematea, baheketa egiteko eta kasuan-kasuan xedatzen diren esku-hartzeak aplikatzeko.

## ■ EBALUAZIOA

### **15. taula. “Jardunbide egokiak desnutrizio-arriskuan dauden ospitaleratutako pazienteengan” ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Nutrizio-egoeraren baheketa egin zaien ospitaleratutako pazienteen ehunekoa	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Ospitaleratzean behar bezala elikatuta dauden eta alta jasotzeko unean desnutrizio-arriskua edo desnutrizioa duten pazienteen ehunekoa	≤ % 5-10
Ospitaleratzean desnutrizio-arriskua duten eta alta jasotzeko unean desnutriziorik ez duten pazienteen ehunekoa	≥ % 90-95
Pazientearen nutrizio-egoera eta kasuan kasuko gomendioak jasota dituzten ospitaleko unitateen alta-txostenen ehunekoa	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)



## 15. EI. ERAGINDAKO GERNU-INKONTINENTZIA PREBENITZEKO JARDUNBIDE EGOKIAK

### ■ OINARRIAK

Gernu-inkontinentzia (GI) gernua nahi gabe galtzea da, horri eusteko eta atera dadin kontrolatzeko ahalmenaren asaldura baten ondorioz. Horren zergatien arabera, iragankorra edo kronikoa izan daiteke:

- **Aldi baterako GI, edo iragankorra:** denbora mugatu baterako agertzen da, horren zioak itzulgarriak direlako (gernu-infekzioak, baginitis atrofikoa, sendagai jakin batzuen albo-ondorioak, eginkariengatiko buxadura, delirio-koadroak edo nahasmendu-egoera akutuak, antsietate- eta depresio-nahasmenduak, alterazio metabolikoak –hipopotasemia, hipergluzemia eta hiperkalzemia–, mugikortasun mugatua, etab.).
- **GI iraunkorra edo kronikoa:** ez du alde egiten horren kausak iraunkorrak direlako (gernu-traktuko asaldura anatomikoak, gaixotasun neurologikoak –esklerosi anizkoitza edo istripu zerebrobaskularra–, Alzheimer-en gaixotasuna eta beste dementzia batzuk, bizkarrezur-muineko lesioa, etab.).

Kontuan izan behar da GI gehienak iragankorrak direla; hortaz, GI hastean edo larriagotzean, ezinbestekoa da aukera hori aintzat hartzea, batik bat paziente ahulei dagokienez. Paziente hauen balorazioak hauek barne hartu behar ditu: anamnesia, aldibereko gaixotasunik dagoen eta GI eragiteko nahiz larriagotzeko arriskua dakarten sendagaiak identifikatzeko; ebaluazio funtzionala (mugikortasuna, transferentziak, eskuetako abilezia, komunera ondo joateko gaitasuna); depresio-baheketa, ondeste-miaketa eginkariengatiko buxadurarik ez dagoela ziurtatzeko; eta ebaluazio kognitiboa, tratamendua planifikatzeko eta egokitze<sup>158</sup>. Kontuan hartu behar dira, halaber, paziente bakoitzaren pronostiko orokorra eta bizi-itxaropena.

Hori guzti hori, gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak gaizki erabiltzeak eragindako gernu-inkontinentzia saihestearren. Badira lehen gerneruari euts ziezaiketean arren ospitalean gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak eman eta gero GI garatu duten pazienteak, etxera itzultzean ere mantendu dena<sup>159-161</sup>.

### Arazoaren ondorioak

GIk gaixoen osasunean eta bizi-kalitatean du eragina, ondorio txarrak baititu ongizate fisiko, psikiko eta sozialean. Osasunerako arriskuei dagokienez, ikusi da GI duten pertsonen gernu-infekzio, eroriko, haustura, loaren nahasmendu eta larritasun ezberdineko azaleko lesio gehiago dituztela<sup>162-164</sup>; horrez gain, GI presio-ultzerak gertatzeko arrisku-faktore handienetako bat da, anemiaren atzetik, ospitaleratutako paziente ahuletan<sup>165</sup>. GIk, bestalde, norbere autonomia eta gizarte-harremanak gutxitzen ditu, eta horrek eragin handia du pertsonen autoestimuan eta duintasunean. Oro har, faktore horien guztien ondorioz, GI duten pertsonen morbiditate- eta heriotza-tasa handiagoa dute<sup>162,164</sup>.

GIren prebalentzia ezberdina da azterlan batetik bestera; izan ere, zeharo aldatzen dira arazoaren definizioa, aztertutako biztanleriaren ezaugarri soziodemografikoak eta erabilitako metodologia<sup>166,167</sup>. Eskuarki, GIren maiztasuna bikoitza da emakumeengan; horren harira, uste da emakumeen % 69k eta gizonen % 39k pairatu dutela GI behin gutxienez azken 12 hilabeteetan<sup>158</sup>.

Ospitalizazioan agertzen den GIri dagokionez, nahiz eta gutxi aztertu den, uste da adineko helduetan % 10etik % 21era artekoa izan daitekeela jasaten dutenen tasa<sup>159,160</sup>.



## Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak erabiltzea

Inkontinentzia duten pertsonengan erabiltzen dira gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak, beste metodo edo tratamendurik erabili ezin denean, pazienteari buruzko faktore anitzeko balorazioan oinarrituta. Ez da komeni paziente ahulekin erabiltzea nahi gabeko gernu-galeren ohiko tratamendu gisa<sup>158,162</sup>. Pazientearen oinarri-egoera, diagnosi kliniko probableena, laguntzaren helburuak, pazientearen eta haren senideen lehentasunak eta gutxi gorabeherako bizi-itxaropena, horiek guztiak hartu behar dira aintzat gernu-inkontinentziarako xurgatzaileen bidezko tratamendua egokitzeko. Zenbait kasutan, onartu beharra dago GI konpresekkin edo xurgatzaileekin tratatu beste aukerarik ez dagoela, gaixotasun konkomitanteen eta GI eragiten edo larriagotzen duten faktoreen tratamenduaren ondoren ere GI ez bada desagertu.

Azterlan gutxik balioesten dute gernu-inkontinentziarako xurgatzaileen erabilera egokitzeko aukera. Estatuan, aipatzekoa da Fernández-Lasquetty Blanc [et al.] erizainak 2013an egindako azterlana, gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak oker erabiltzearen maiztasuna eta faktoreak zenbates-teko<sup>159</sup>. Azterlan horren emaitzek agerian jarri zuten ospitalizazio-unitateetan pixoihala zeramaten pazienteen % 30ek ez zutela halakorik erabiltzeko irizpiderik. Desegokitasuna hauei egotzi zitzaien: adina; emakumea izatea; komorbilitate handiagoa izatea; eta ospitalizazio-egunen kopurua. Ospitaleratzean pixoihala erabiltzeak desegokitasun-arriskua txikiagotzen duela uste ba, baina frogatu da ospitaleratzean pixoihala zeramaten pazienteen % 15ek behar izan gabe erabiltzen jarraitu zutela.

Nazioartean, ondorio hauek atara dituzte berriki egindako azterlan batzuek<sup>160,161,168</sup>: 1) erabili eta botatzeko pixoihalak, soilik ezinduta dauden pazienteetan edo gernua kanporatzeko beste baliabideren bat baliatzeak onura baino arrisku gehiago dakartzan kasuetan; 2) halako osasun-produktuen preskripzioa jardunbide egokiei buruzko literaturan dagoen informaziora egokitu behar da, horiek erabiltzeari lotutako konplikazioak saiheste aldera; eta 3) zainketen estrategien gaineko azterlan gehiago egin behar dira, eraginkorrenak eta laguntzaren kalitatean eragin handiena dutenak identifikatzearen.

## ■ HELBURUAK

### Helburu nagusia:

Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak oker erabiltzeak eragindako gernu-inkontinentzia ekiditea ospitalizazioan.

### Helburu zehatzak:

1. Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak behar bezala erabiltzeko gida bat egin eta zabaltzea, alderdi hauek biltzen dituena, besteak beste:
  - Pazientearen egoera funtzionalaren eta, hala badagokio, gerneruari eusteko eta hura kanporatzeko gai izaten jarrai dezan behar dituen laguntzen hasierako balorazioa.
  - Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak erabiltzeko jarraibide argiak eta zehatzak; horretarako, gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak agintzeko irizpideak homogeneousatu dira, eta lehentasuna eman zaio gernu-inkontinentzia iragankorraren kausei aurre egiteari.
  - Aldian-aldian pazientearen egoeran izan litezkeen aldaketak ebaluatzea, ospitalean dagoen bitartean; gerneruari eusteko eta hura kanporatzeko gai den ala ez egiaztatuko da, zainketak egokituta, beharrezkoa izanez gero.
2. Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak behar bezala erabiltzeko gida hedatu eta zabaltzea, Osakidetzako zerbitzu-erakunde ezberdinetan ezartze aldera.



3. GI duten pazienteen balorazioan eta zainketetan parte hartzen duten profesionalen pres-takuntza-premiak antzeman eta horiei erantzutea.

## ■ EKINTZAK

Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak oker erabiltzeak eragindako GIren arazoari aurre egiten haste-ko, honako ekintza hauek proposatzen dira:

- Lantalde korporatibo bat eratzea, GI duten pazienteentzako zainketen plangintzan eta aplika-zioan parte hartzen duten profesional-kategoria desberdinek osatua.
- Ospitalizazio-unitateen barne-funtzionamenduko protokoloak (formalak zein informalak) berrikustea; horren harira, praktika hori barne hartzen dutenak identifikatu dira, eta esku-ragai dagoen ebidentziarik onenean oinarritutako gomendioekin bat datozen balioetsiko da.
- Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak behar bezala erabiltzeko gomendioen gida definitu, zabaldu eta ezartzea, aurretik aipatutako alderdi guztiak barne hartuta.
- Ildo honetan egindako lanaren ondore diren hobetzeko neurriak ebaluatu eta horien segimen-dua egitea.

## ■ EBALUAZIOA

**16. taula. “Eragindako gernu-inkontinentzia prebenitzeko jardunbide egokiak”  
ekintza-ildoaren adierazleak**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Ospitaleratzean pazientearen egoera funtzionala eta txiza egiteko behar duen laguntza aztertzen den kasuen ehunekoa	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak gida korporatiboaren gomendioen arabera erabiltzen diren ospitaleratutako pazienteen ehunekoa	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Ospitaleratu baino lehen gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak erabiltzen ez zituzten eta ospitalizazioan aplikatzen zaizkien pazienteen %	–
Ospitaleratzeko unean pixoihala erabiltzen zuten eta ospitalizazioan kentzen zaizkien pazienteen %	–
Ospitaleratzeko unean gerneruari eusteko gai ziren eta alta jasotzeko unean horretarako gai ez ziren pazienteen %	–
Ospitaleratzeko unean gerneruari eusteko gai ez ziren eta alta jasotzeko unean horretarako gai ziren pazienteen %	–





## PRESTAKUNTZA

Pazientearen segurtasunari buruzko edozein eredutan, laguntza-prozesuaren parte direnei prestakuntza ematea da oinarrietako bat<sup>6</sup>. Osasun-erakunde bat osatzen duten profesionalei pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza emateak, beraz, segurtasunaren kultura laguntza-prozesu osoan hedatzeko zutabeetako bat izaten jarraitzen du. Prestakuntzak segurtasunaren kultura hobetzen laguntzen du; horri esker, profesionalek aukera dute segurtasun-arloko oinarritzko kontzeptuak ulertzeko, jazozen diren gertakariak jakinarazteko, kudeatzeko eta horietatik ikasteko, zainketa eraginkorrak aplikatzeko eta horietan izan litezkeen arriskuei aurre egiteko. Berriki argitaratutako pazientearen segurtasun-estrategiek, esaterako, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioarenak<sup>18</sup>, helburu zehatz hauek jasotzen dituzte: batetik, pazientearen segurtasunaren alorreko prestakuntza sustatzea osasun-profesional guztientzat eta prestakuntza- eta garapen-maila guztietan; bestetik, pazientearen segurtasunari buruzko oinarritzko prestakuntzako gutxieneko curriculumean praktika kliniko seguruei, komunikazioari, talde-lanari eta pazientearen segurtasunean eragina duten osasun-zerbitzuen faktoreei buruzko kontzeptuak sartzea. Kontzeptu orokor horiez gain, pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntzak barnean hartu behar ditu, halaber, osasun-erakunde baten segurtasun-estrategian jasotako esku-hartze ildo bakoitzaren alderdi espezifikoak.

Ezin ahantz dezakegu, ezagutzak erdiesteko tresna ez ezik, profesionalak zenbait alorretan sentsibilizatzeko eta motibatuzeko bide indartsua ere badela prestakuntza. Hortaz, etorkizuneko profesionalen gradu-aurreko prestakuntzan sartuta egon beharko litzateke pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza, jarrera proaktiboarekin laneratu daitezten asistentzia-ingurunean. Hala, oinarritzko segurtasun-neurriak aplikatuko dituzte, eta gertakariak jakinarazi, eta bidezko segurtasun-kulturari eutsiko diote, bigarren eta hirugarren biktimak lagunduz eta beste gertakari batzuk ekidinez.

Orain arte, pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntzan izandako esperientziak erakutsi digu garrantzitsua dela liderrak inplikatzeko, prestakuntza diziplina anitzekoa izatea eta profil profesional bakoitzaren prestakuntza-ibilbidean txertatuta egotea.

### ■ AURREKARIAK

Osakidetzak ahalegin handiak egin ditu al bait profil profesional gehienei zuzendutako pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza iraunkorra eta askotarikoa eskaintze aldera, apustu egin baitu ematen duen laguntzaren kalitatea eta segurtasuna etengabe hobetzearen alde. Erakunde-mailan nahiz zerbitzu-erakundeetan egindako ahalegin horiei esker, prestakuntza-jarduera ugari garatu dira, hainbat formatutan (presentzialak, erdi-presentzialak, online...). Besteak beste, segurtasunari buruzko oinarritzko kontzeptuak eta prozesu zehatzei lotutako alderdi espezifikoak hartu dituzte barnean, eta aukera eman dute segurtasunaren kultura zabaltzeko, profesionalen partaidetzari esker. 2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategia baliagarria izan da ibilbide hau are gehiago sendotzeko, bai eta prestakuntza-ekintza berriei ekiteko ere, estrategia-ren garapenean hautemandako premiak oinarri hartuta. Ildo horretan garatu dira besteak beste: pazientearen segurtasunari buruzko oinarritzko kontzeptuen gaineko online ikastaroaren zortzi



edizio, eta beste zortzi osasun-laguntzaren eskuetako higienerari buruz; gertakarien kudeaketari buruzko ikastaro erdipresentzialaren hiru edizio; eta eskuak OMEren metodologiari jarraikiz garbitzen direla egiaztatzeko aurrez aurreko ikastaroaren bi edizio. Horri esker, adibidez, Osakidetzako egiturazko langileen % 40k prestakuntza jaso dute pazientearen segurtasunaren kontzeptu-oinarriari buruz.

Prozesu horretan, kontuan izan behar da Prestakuntzarako Zerbitzu Korporatiboak profil profesional bakoitzaren prestakuntza-ibilbideak zehazteko emandako bultzada, pazientearen segurtasunari buruzko oinarriko eta berariazko prestakuntza txertatu baitu profilon ibilbidean. Gainera, Jakinsarea prestakuntza-plataforma teknologikoaren diseinuak eta ezarpenak aukera emango dionez profesional askori urruneko prestakuntza jasotzeko, prestakuntzaren eta pazientearen segurtasunaren arteko sinergiak bide emango du profil profesional bakoitzera egokitzeko eta prestakuntza-aukerak handitzeko, eta hartara, segurtasuna hobetzeko laguntza-arlo guztietan.

## ■ HELBURUAK

Pazientearen segurtasunarekin lotutako prestakuntza-programen helburu nagusiak hauek dira:

1. Osasun-laguntza seguruaren oinarriko printzipioak eta pazientearen segurtasunean normalean erabiltzen diren kontzeptuak ezagutzera ematea, gaiaren garrantzia nabarmenduta.
2. Laguntza-praktika seguruekiko sentsibilizatzea, pazientearen segurtasunaren printzipioa beti egon dadin laguntza-jardun guztietan.
3. Jazotako gertakariak jakinaraztearen, aztertzearen eta haietatik ikastearen garrantzia ezagutzera, parte hartzen duten pertsonen errua leporatu gabe eta bigarren eta hirugarren biktimei behar bezalako arreta emanda.
4. Laguntzaren segurtasuna hobetzeko eskuragai dauden baliabideak eta tresnak hedatzea.
5. Estrategia honetan jasotako gainerako ekintza-ildoetan antzemandako prestakuntza-premia espezifikoerantzutea.

## ■ EKINTZAK

2013-2016 aldirako Pazientearen Segurtasun Estrategian bi kategoriatan sailkatu ziren prestakuntza-ekintzak: pazientearen segurtasunari buruzko oinarriko prestakuntza eta ekintza-ildo bakoitzaren araberako berariazko prestakuntza. Honako estrategia honetan ere sailkapen horri eutsi zaio.

Hala, ekintza hauek proposatzen dira oinarriko prestakuntzari dagokionez:

- Pazientearen segurtasunari buruzko oinarriko online ikastaroaren edukiak eguneratzea.
- Ikastaroa Jakinsarearen bitartez eskaintzen jarraitzea modu irekian, profil profesional guztien prestakuntza-ibilbideetan txertatuta.
- Laguntza-ingurune espezifikoetara (Osasun Mentala edo Larrialdiak, adibidez) egokitutako pazientearen segurtasunari buruzko oinarriko kontzeptuen gaineko prestakuntza-jarduerak garatzea.



- 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 espezifikoa dela eta, honako ekintza hauek aurreikusten dira gutxienez:

- Osasun-laguntzan eskuetako higienerari buruzko online ikastaroa eskaintzen jarraitzea, asistentzia-profesionalen prestakuntza-ibilbideetan txertatuta.
- Gertakarien kudeaketari buruzko ikastaro erdipresentzialaren beste bi edizio garatzea.
- Segurtasun Estrategia honetako ekintza-ildo berriak abian jartzearen ondoriozko prestakuntza-beharrizanei erantzutea: bigarren eta hirugarren biktimen arretarako online ikastaroa.

Aipatzekoa da, bestalde, segurtasunari buruzko urteroko jardunaldia, ezarritako helburuetako biri ematen baitie erantzuna: batetik, pazientearen segurtasunari buruzko oinarrizko printzipioak indartu eta horiekiko sentsibilizatzeari; eta bestetik, emandako laguntzan segurtasuna areagotzeko, zerbitzu-erakundeetan garatu diren jardunbide egokiak eta eskuragai dauden baliabideak zabaltzeari.



## BIBLIOGRAFIA

1. Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa, Osasun Saila. Euskadirako osasun-politikak 2013-2020. Gasteiz, 2014. Hemen eskuratu daiteke : [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/eu\\_pub/adjuntos/osasun\\_plana\\_2013\\_2020.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_pub/adjuntos/osasun_plana_2013_2020.pdf)
2. Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa, Osakidetza. Osakidetzaren erronkak eta proiektu estrategikoak 2017-2020. 2017ko abendua. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen\\_gob\\_planes/eu\\_def/adjuntos/PE\\_2017\\_2020\\_web\\_EUS.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/eu_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_EUS.pdf)
3. Osakidetzako Pazientearen Segurtasun Estrategia 2013-2016. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publici/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf)
4. Kohn, L.T.; Corrigan, J.M.; Donaldson, M.S. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
5. Kuehn, B.M. "Patient Safety Still Lagging. Advocates call for national Patient Safety Monitoring Board". JAMA. 2014;312 (9):879-880.
6. Vincent, C.; Amalberti, R. *Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura*. 1. ed. Madril: Modus Laorandi SL; 2016. [2017ko otsailen kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf)
7. "Sentinel event statistics released for 2015." Joint Commission Perspectives. 2016ko apirila. [2017ko uztailen kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://info.jcrinc.com/rs/494-MTZ-066/images/Sentinel39.pdf?ref=EMHAPWeekly&mkt\\_tok=eyJjoiWVpaa05qazBZakkyTVdNNSIsInQiOjJPdVdqZ0kzTzd1ZnM3VDdDeGhoR2t4Z3Izcm5ldzFcL3djd1hwOEVENHJxZHh5OE1WRmI5OFgxNVErZHFkS2tCMk5ySfd-jMXltaWs4WjZcL2EzU2NPZDIOME9paTNKUGN4bG90K21KeG5tcWc4PSJ9](http://info.jcrinc.com/rs/494-MTZ-066/images/Sentinel39.pdf?ref=EMHAPWeekly&mkt_tok=eyJjoiWVpaa05qazBZakkyTVdNNSIsInQiOjJPdVdqZ0kzTzd1ZnM3VDdDeGhoR2t4Z3Izcm5ldzFcL3djd1hwOEVENHJxZHh5OE1WRmI5OFgxNVErZHFkS2tCMk5ySfd-jMXltaWs4WjZcL2EzU2NPZDIOME9paTNKUGN4bG90K21KeG5tcWc4PSJ9)
8. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES) *Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente*. [Internet]; 2010. [2017ko uztailen kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Guxa\\_Prxctica\\_Seguridad\\_del\\_Paciente-2ed.pdf](http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf)
9. The Joint Commission. [Internet]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.jointcommission.org/>
10. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
11. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. *Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Erakundea. La seguridad del paciente en siete pasos. Erresuma Batuko Sistema Nazionalaren (NHS) Pazientearen Segurtasunerako Agentzia Nazionalaren (NPSA) lanean oinarritua*. 2005.
12. Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa. *Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo* [Internet]. [2017ko apirilaren kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/formacion/tutoriales/gestion-riesgos-mejora-seguridad-paciente.html>
13. Grau, J., Prat, A., Bertran, M.J. "Análisis de los incidentes de seguridad clínica". JANO, 2011ko azaroa. [2017ko apirilaren kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/73/1v00n1776a90040860pdf001.pdf>
14. Prat, A. eta Grau, J. "La seguridad clínica y sus sistemas de información. Notificación de Eventos Adversos". JANO, 2011ko azaroa. [2017ko apirilaren kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/59/1v00n1776a90040858pdf001.pdf>
15. Leape, L.L. "Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated". JAMA 2000;284:95-7.
16. Bañeres, J.; Orrego, C.; Suñol, R.; Ureña, V. "Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores". *Calidad Asistencial*, 2005;20(4):216-22.
17. Osasunaren Mundu Erakundea. *World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme*. Geneva:



- Osasunaren Mundu Erakundea, 2004. [2017ko apirilean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)
18. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Osasun Sistema Nazionalaren Pazientearen Segur-tasun Estrategia. 2015-2020 aldia. [Internet]. [2017ko otsailean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/presentacion-libro-2020-diciembre/Seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/presentacion-libro-2020-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf)
  19. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud. 2007. [Internet]. [2017ko apirilean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion\\_pacientes.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_pacientes.pdf)
  20. Saturno, P.J. "Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica". *Calidad Asistencial*, 2009;24(3):124-130.
  21. Michel, P.; Quenon, J.L.; de Sarasqueta, A.M.; Scemama, O. "Comparison of three epidemiological methods for estimating adverse events and preventability rates in acute care hospitals". *BMJ*, 2004;328:199-204.
  22. Reason, J. *Managing the risks of organizational accidents*. Hampshire, Ingalaterra: Ashgate Publishing Limited; 1997.
  23. Vincent, C. "Understanding and responding to adverse events". *New England Journal of Medicine*, 348 (2003), 1051-6. [2017ko maiatzean kontsultatua] Hemen eskuratu daiteke: <http://www.hadassah.org.il/media/1902044/understandingandrespondingtoadverseevents.pdf>
  24. Schwappach, D., Boluarte, T.A. "The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability". *Swiss Medical Weekly*, 2009;139:9-15.
  25. Aranaz, J.M.; Mira, J.J.; Guilabert, M.; Herrero, J.F.; Vitaller, J; Segundas víctimas lantaldea. "Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios." "Estudio sobre las segundas víctimas". *Mapfre Fundazioaren Trauma* (2013) 24. liburukia, 1. zk.: 54-60. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v24n1/docs/Articulo8.pdf>
  26. Seys, D.; Scott, S.; Wu, A. et al. "Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review". *International Journal of Nursing Studies* 2013;50(5):678-687. Hemen eskuratu daiteke: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>
  27. Aranaz, J.M. *Consejos y recomendaciones para reducir el impacto de los eventos adversos en segundas víctimas*. [Internet]. Mapfre Fundazioa. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/en/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=1082990](https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/en/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1082990)
  28. Wu, A.W. "Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too". *BMJ*, 2000;320:726-7. Hemen eskuratu daiteke: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
  29. Scott, S.D.; Hirschinger, L.E.; Cox, K.R.; McCoig, M.; Brandt, J.; Hall, L. "The natural history of recovery for the healthcare provider 'second victim' after adverse patient events". *Quality & Safety in Health Care*, 2009;18:325-330. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/18/5/325.full.pdf>
  30. Denham, C. TRUST: the 5 rights of the second victim. *Journal of Patient Safety*. 2007;3:107-19.
  31. Scott, S.D.; Hirschinger, L.E.; Cox, K.R.; McCoig, M.; Hahn-Cover, K. et al. *Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team*. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2010; 36:233-40. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(10\)36038-7/fulltext](http://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(10)36038-7/fulltext)
  32. Scott, S.D. "The second victim experience: Mitigating the harm". *American Nurse Today*. 2015;10:8-11.
  33. 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. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones\\_sv.pdf.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv.pdf.pdf)
  34. Segundas víctimas lantaldea. *Recomendaciones para decir "Lo siento" tras un evento adverso*. Madril, 2016ko uztaila. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.segundavictimas.es/data/documentos/DECIR-LO-SIENTO-INFORME-FINAL\\_rev-def.pdf](http://www.segundavictimas.es/data/documentos/DECIR-LO-SIENTO-INFORME-FINAL_rev-def.pdf)



35. Proyecto de Investigación Segundas Víctimas. [Internet]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.segundasvictimas.es/>
36. Osasun Arretaren Segurtasuneko eta Kalitateko Australiako Batzordea. *Communication and Optimal Resolution - CANDOR*. 2016.
37. Osakidetza. *Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos*. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/Gu%c3%ada%20de%20recomendaciones%20para%20la%20gesti%c3%b3n%20de%20eventos%20adversos.pdf>
38. Galiziako Xuntako Osasun Zerbitzua. *Guía de recomendaciones para la Gestión de eventos centinela y eventos adversos graves*. 2013. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/519064.pdf>
39. Conway, J.; Federico, F.; Stewart, K.; Campbell, M.J. "Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events". IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2010. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [www.IHI.org](http://www.IHI.org) eta <http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/ihirespectfulmanagementofseriousclinicaladverseeventssep10.pdf>
40. ECRI Institute. *ECRI Institute Patient Safety Organization's Deep Dive: Patient Identification*. Plymouth Meeting, PA, USA. ECRI Institute PSO; 2016.
41. Cuadrado Cenxual, M.A.; García Briñón, M.; De Gracia Hills, Y.; González Estecha, M.; Callado Yurrita, M.; De Pedro Moro, J.A. et al. "Errores en la identificación del paciente y en muestras biológicas en el proceso analítico: ¿es posible la mejora de la seguridad de los pacientes?" *Calidad Asistencial*, 2015;30(6):310-318.
42. Pazienteen Segurtasunerako Irtenbideei buruzko OMEren Zentro Laguntzailea. *Soluciones para la seguridad del paciente*. [Internet]. Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea; 2007. [2017ko abuztuan kontsultatua] Hemen eskuratu daiteke: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>
43. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Pazientearen Segurtasun-arloak Jakinarazteko eta Ikaste-ko Sistema (PSAJIS)*. Informe de incidentes de seguridad notificados en 2014-2015. Madril: Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa; 2016. [2017ko abuztuan kontsultatua] Hemen eskuratu daiteke: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/160523\\_FINAL-Informe\\_SiNASP.pdf?cdnv=1](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/160523_FINAL-Informe_SiNASP.pdf?cdnv=1)
44. Morís de la Tassa, J.; Fernández de la Mota, E.; Aibar-Remón, C.; Castan Cameo, S.; Ferrer Tarrés, J.M. "Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud". *Med Clin Monogr, Bartzelona*. 2008; 131(3. gehig.):72-8.
45. Osasun Publikoko Zuzendaritza Nagusia. *Protocolo de identificación inequívoca de pacientes del Servicio Extremeño de Salud*. 2017ko martxoa. [2017ko abuztuan kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/12899\\_protocolo-identificacion-inequivoca-2017.pdf](https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/12899_protocolo-identificacion-inequivoca-2017.pdf)
46. Sanz, E.; Sánchez, M.; Rite, S.; Benavente, I.; Leante, J.L.; Perez, A. et al. Neonatologiako Espainiako Elkartearen Estandarren Batzordea ordezkatzuz. "Recomendaciones para la identificación inequívoca del recién nacido". *An Pediatr (Bartz)*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.03.008>
47. Andaluziako Osasun Sistema Publikoa. *Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014*. [2017ko abuztuan kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia\\_para\\_la\\_Seguridad\\_del\\_Paciente\\_2011-2014.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-2014.pdf)
48. Kelly, K.; Harrington, L., Matos P, Turner B, Johnson C. "Creating a Culture of Safety Around Bar-Code Medication Administration: An Evidence-Based Evaluation Framework". *J Nurs Adm*. 2016ko urtarrila;46(1):30-37.
49. Gann, M. "La tecnología del código de barras para reducir los errores de medicación". *Nursing*. 2015;32(6):49-55. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2015.11.012>
50. Epstein, R.M.; Street, R.L. *Patient-centered care for the 21st century: Physicians' roles, health systems and patients' preferences*. American Board of Internal Medicine Foundation; 2008.
51. Hibbard, J.H.; Greene, J. "What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and



- care experiences; fewer data on costs". *Health Aff*, 2013ko otsaila; 32(2):207-14. [2017ko uztailean kontsultatua] Hemen eskuratu daiteke: <http://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2012.1061>
52. Coulter, A.; Ellins, J. "Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients". *BMJ*, 2007;335:24. Hemen eskuratu daiteke: <https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
53. Longtin, Y.; Sax, H.; Leape, L.L.; Sheridan, S.E.; Donaldson, L.; Pittet D.: "Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety". *Mayo Clinic Proc.* 2010eko urtarrila; 85(1):53-62. Hemen eskuratu daiteke: <https://dx.doi.org/10.4065%2Fmcp.2009.0248>
54. Charmel, P.A.; Frampton, S.B. "Building the business case for patient-centered care". *Healthc Financ Manage.* 2008ko martxoa; 62(3):80-5.
55. Eusko Jaurlaritza. Euskadiko demokraziari eta herritarren parte-hartzeari buruzko liburu zuria. Gasteiz: 2014. [2017ko uztailean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/5631/Libro\\_Blanco\\_DyPC\\_Un\\_punto\\_de\\_partida\\_eu.pdf?1418978019](https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/5631/Libro_Blanco_DyPC_Un_punto_de_partida_eu.pdf?1418978019)
56. Calvo, F.; Costa, A.; Garcia-Conde, J.; Megía, M.J. "Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial". *Rev Esp Salud Pública*; 2011;85:459-468. [2017ko uztailean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/05\\_colaboracion4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/05_colaboracion4.pdf)
57. Kovacs Burns, K.; Bellows, M.; Eigenseher, C.; Gallivan J. "'Practical' resources to support patient and family engagement in healthcare decisions: a scoping review". *BMC Health Services Research*, 2014, 14:175. [2017ko uztailean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/175>
58. Barach, P.; Bettinger, J.; Charpak, Y.; Delnoij, D.; Hafner, V.; Kutaj-Wasikowska, H. et al. *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. 1. ed. Kopenhage (Danimarka): WHO Regional Office for Europe Publications. World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. [2017ko uztailean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/185779/e96814.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf)
59. The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. *Safety is Personal. Partnering with Patients and Families for the Safest Care*. Boston: National Patient Safety Foundation; 2014. [2017ko uztailean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/LLI/Safety\\_Is\\_Personal.pdf](https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/LLI/Safety_Is_Personal.pdf)
60. 147/2015 Dekretua, uztailearen 21ekoa, Euskadiko osasun-sisteman pertsonen eskubideei eta betebeharreri buruzko adierazpena onartzen duena (2015eko abuztuaren 4ko EHAA). [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2015/08/1503424e.pdf>
61. Health Research & Educational Trust. *Partnering to improve quality and safety: A framework for working with patient and family advisors*. Chicago: Health Research & Educational Trust; 2015. [2017ko martxoan kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [www.hpoe.org/pfaengagement](http://www.hpoe.org/pfaengagement)
62. Bjertnaes, O.; Skudal, K.E.; Iversen, H.H.; Lindahl, A.K. "The Patient-Reported Incident in Hospital Instrument (PRIH-I): assessments of data quality, test-retest reliability and hospital-level reliability". *BMJ Qual Saf*, 2013;22:743-751. Hemen eskuratu daiteke: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001756>
63. 78/2016 Dekretua, maiatzaren 17koa, Euskadiko osasun-zentro eta -zerbitzuetan osasun-laguntza jasotzen duten pazienteen segurtasun-neurriei buruzkoa (2016ko maiatzaren 25eko EHAA). [2017ko martxoan kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2016/05/1602210a.shtml>
64. Añel, R.M.; Cambero, M.I.; Irurzun, E. "Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica". *Calid Asist.* 2015;30(5):200-225 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.007>
65. ECRI Institute. *Medication Reconciliation Guidance*. Plymouth Meeting, PA, USA: ECRI Institute; 2015.
66. Kwan, J.L.; Lo, L.; Sampson, M.; Shojania, K.J. "Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review". *Ann Intern Med*, 2013;158:397-403.
67. Andaluziako Juntako "Buenas prácticas en el uso de medicamentos" lantaldea. *Buenas prácticas en la conciliación de la medicación en el ingreso, alta y transición interservicios*. Andaluziako Osasun Saileko



*Pazienteen Segurtasunerako Behatokia.*

68. Mueller, S.K.; Sponsler, K.C.; Kripalani, S.; Schnipper, J.L. "Hospital-Based Medication Reconciliation Practices. A Systematic Review". *Arch Intern Med*, 2012;172(14):1057-1069. [Interneten argitaratua 2012ko ekainaren 25ean]. doi:10.1001/archinternmed.2012.2246
69. San José, B.; Serrano, L.; López, L.R.; Baza, B.; Sautua, S.; Bustinza, A. et al. "Conciliación de la medicación al ingreso: resultados e identificación de pacientes diana". *Calid Asist.* 2016;31(1):36-44 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.001>
70. Pearce, M.S.; Salotti, J.A.; Little, M.P.; McHugh, K.; Lee, C.; Kim, K.P. et al. "Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study". *Lancet* 2012; 380:499-505. [Interneten argitaratua 2012ko ekainean]. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60815-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60815-0)
71. Mathews, J.D.; Forsythe, A.V.; Brady, Z.; Butler, M.W.; Goergen, S.K.; Byrnes, G.B. et al. "Cancer risk in 680 000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians". *BMJ* 2013;346:f2360. doi: 10.1136/bmj.f2360
72. Miglioretti, D.L.; Johnson, E.; Williams, A.; Greenlee, R.T.; Weinmann, S.; Solberg, L.I. et al. "The Use of Computed Tomography in Pediatrics and the Associated Radiation Exposure and Estimated Cancer Risk". *JAMA Pediatr*, 2013;167(8):700-707. [Interneten argitaratua 2013ko ekainean]. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.311
73. 2013/59/Euratom Zuzendaraua, Europako Kontseiluarena, 2013ko abenduaren 5ekoa, erradiazio ionizatzaileekiko esposizioaren ondoriozko arriskuetatik babesteko oinarriko segurtasun-arauak ezartzen dituen eta 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom y 2003/122/Euratom zuzendarauak indargabetzen dituen.
74. 1976/1999 Errege Dekretua, abenduaren 23koa, erradiodiagnostikoan kalitate-irizpideak ezartzen dituen.
75. 783/2001 Errege Dekretua, uztailaren 6koa, erradiazio ionizagarrien kontrako osasun-babesari buruzko araudia onartzen duena.
76. 1439/2010 Errege Dekretua, azaroaren 5ekoa, Erradiazio Ionizatzaileen aurkako Osasun Babesari buruzko Erregelamendua, 783/2001 Errege Dekretuaren, uztailaren 6koaren, bidez onartua, aldatzen duena.
77. 815/2001 Errege Dekretua, uztailaren 13koa, pertsonak medikuntzako esposizioak direla eta erradiologikoki babesteko erradiazio ionizatzaileak erabiltzea justifikatzen duena.
78. 1088/2005 Errege Dekretua, irailaren 16koa, hemodonaziorako eskakizun teknikoak eta gutxieneko baldintzak ezartzen dituen, bai eta transfusio-zentro eta -zerbitzuenak ere.
79. SCO/322/2007 Agindua, otsailaren 9koa, odoleko eta odol-osagaietako erreakzio eta ondorio kaltegarri larrien trazabilitaterako eta jakinarazpenerako baldintzak ezartzen dituen.
80. 1343/2007 Errege Dekretua, urriaren 11koa, transfusio-zentro eta -zerbitzuen kalitate-sistemari dagozkion arauak eta zehaztapenak ezartzen dituen.
81. 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 pertsonetan erabiltzeko koordinazio- eta funtzionamendu-arauak onartzen dituen.
82. 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.
83. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Informe de Hemovigilancia año 2011. Unidad de Hemovigilancia, Área de Hemoterapia.* 2012ko abendua.
84. Duce, G.; Fabry, J.; Nicolle, L. *Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica.* 2. ed. WHO/CDC/CSR/EPH/2002.
85. Friedman, N.D.; Kaye, K.S.; Stout, J.E.; McGarry, S.A.; Trivette, S.L.; Briggs, J.P. et al. "Health care-asso-





- ciated bloodstream infections in adults: a reason to change the accepted definition of community-acquired infections". *Ann Intern Med.* 2002;19:791-7.
86. Gaixotasunak Prebenitu eta Kontrolatzeko Europako Zentroa. *Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals.* Stockholm: ECDC, 2013. [2017ko otsailean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>
  87. Haley, R.W.; Quade, D.; Freeman, H.E.; Bennett, J.V. "The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design". *Am J Epidemiol.* 1980ko maiatza; 111(5):472-85.
  88. Haley, R.W.; Morgan, W.M.; Culver, D.H.; White, J.W.; Emori, T.G.; Mosser, J.; Hughes, J.M. "Update from the SENIC project. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment". *Am J Infect Control.* 1985eko ekaina; 13(3):97-108.
  89. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. [Internet] Madrid: Osasun eta Kontsumo Ministerioa. 2006. [2017ko otsailean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
  90. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, Estudios e Investigación. 2008. [2017ko otsailean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
  91. Osasunaren Mundu Erakundeako Pazientearen Segurtasunaren aldeko Munduko Aliantza. Osasun-arretako esku-higienerari buruzko OMEren jarraibideak (zirriborro aurreratua): Laburpena. Esku garbiak seguruagoak dira. 2005.
  92. Osasunaren Mundu Erakundea. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. *Clean Care is Safer Care, First Global Patient Safety Challenge.* 2009. [2017ko martxoan kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf)
  93. Europako Batzordea. Pazientearen segurtasunari buruzko Kontseiluaren gomendioak, zehazki, osasun-arretarekin lotutako infekzioen prebentzioari eta horiei aurre egiteari buruzkoak. Europar Batasuneko Kontseiluaren Egunkaria, 2009ko ekainaren 9koa (2009/C 151/01). [Internet]. Brusela: Europako Batzordea, 2011. [2017ko martxoan kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf)
  94. Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 1082/2013/UE Erabakia, 2013ko urriaren 22koa, mugaz gaindiko osasunerako arrisku larriei buruzkoa eta 2119/98/EE Erabakia indargabetzen duena. Europar Batasunaren Aldizkari Ofiziala. L 293/1, 2013ko azaroaren 5koa. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness\\_response/docs/decision\\_serious\\_crossborder\\_threats\\_22102013\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_es.pdf)
  95. Transatlantic Task Force on Antimicrobial Resistance (TATFAR). [Internet]. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.cdc.gov/drugresistance/tatfar/about.html>
  96. Recommendations for future collaboration between the U.S. and EU. Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance, Progress report May 2014. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/tatfar-progress\\_report\\_2014.pdf](https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/tatfar-progress_report_2014.pdf)
  97. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos. Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia (AEMPS) 2014. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf>
  98. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Euskadirako osasun politika, 2000 / Osasunketa eta Kontsumo Saila. Política de salud para Euskadi, 2000.
  99. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Osakidetzaren INOZ Batzordea. Infekzio Nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburua. 1994.
  100. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Osakidetzaren INOZ Batzordea. Infekzio Nosokomiala kontrolatzeko arauen eskuliburuko I. eranskina. 1997.



101. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Osakidetzaren INOZ Batzordea. Infekzio nosokomialaren liburu zuria. 1997.
102. Osakidetza-Euskal osasun zerbitzua. Infekzio Nosokomiala Zaintzeko, Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana. 1999.
103. Infección Quirúrgica Zero proiektua. [Internet]. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://infeccionquirurgicazero.es/es/documentos-y-materiales/protocolos-de-trabajo>
104. Rodríguez-Baño et al. "Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: Documento de consenso GEIH-SEIMC, SEFH y SEMPSPHJ". *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30(1):22.e1–22.e23.
105. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Osakidetzaren INOZ Batzordea. Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios. 2009.
106. Fekete, Thomas. Catheter-associated urinary tract infection in adults.[Internet]. Section Editor: Stephen B Calderwood. Deputy Editor: Allyson Bloom. UpToDate®. Azken eguneraketa: 2016ko ekainaren 8a. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.uptodate.com/contents/catheter-associated-urinary-tract-infection-in-adults?source=search\\_result&search=infeccion%20tracto%20urinario&selectedTitle=3~150](https://www.uptodate.com/contents/catheter-associated-urinary-tract-infection-in-adults?source=search_result&search=infeccion%20tracto%20urinario&selectedTitle=3~150)
107. Prebentzio Medikuntzako, Osasun Publikoko eta Higieneko Espainiako Elkarteak. Estudio EPINE-EPPS 2016. Informe global de España. Resumen provisional. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202016%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>
108. Osasun Informazio eta Ebaluazio Zuzendariorde Nagusia. Osasun Publiko, Kalitate eta Berrikuntzako Zuzendaritza Nagusia. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. 2015. urtea [Interneten argitaratua]. Madril: Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa. 2017. [2017ko azaroan kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2015/SIAE\\_2015\\_Informe\\_completo.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2015/SIAE_2015_Informe_completo.pdf)
109. Osasunaren Mundu Erakundea. Pazientearen segurtasunaren aldeko Munduko Aliantza. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. 2008. [2017ko martxoan kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf)
110. Osasunaren Mundu Erakundea. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. 2016. [2017ko martxoan kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250680/1/9789241549882-eng.pdf?ua=1>
111. MacDougall, C.; Polk, R.E. "Antimicrobial stewardship programs in health care systems". *Clin Microbiol Rev*, 2005;18:638–56.
112. Rodríguez Baño, J.; Paño Pardo, J.R.; 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.
113. Zaragoza, R.; Ramírez, P.; López-Pueyo, M.J. "Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos". *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 2014;32(5):320–327.
114. Pronovost, P.; Needham, D.; Berenholtz, S.; Sinopoli, D.; Chu, H.; Cosgrove, S. et al. "An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU". *N Engl J Med*, 2006;355(26):2725–32.
115. Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. Madril: Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2009. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/BRC\\_informe\\_estudio\\_piloto.pdf](https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/BRC_informe_estudio_piloto.pdf)
116. Palomar, M.; Alvarez Lerma, F.; Riera, A. et al, Bacteremia Zero lantaldea ordezkatzuz. "Impact of a National Multimodal Intervention to Prevent Catheter-Related Bloodstream Infection in the ICU: The Spanish Experience". *Critical Care Medicine*, 2013;41(10):2364–2372.
117. Medikuntza Intentsibo Kritikoaren eta Unitate Koronarioen Espainiako Elkarteak (SEMICYUC), Gaixotasun infekzioen lantaldea. Neumonía Zero trebakuntza-modulua. [Internet]. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://hws.vhebron.net/formacion-NZero/index.html>.



118. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Neumonía Zero proiektua*. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero/>
119. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Resistencia Zero proiektua*. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-resistencia-zero/>
120. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015*. Resumen. Madril: Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Informes, estudios e investigación; 2015.
121. Aranaz Andrés, J.M.; Ruíz López, P.; Aibar Remón, C.; Requena Puche, J.; Agra Varela, Y.; Limón Ramírez, R. et al. "Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles". *Cir Esp*, 2007;82(5):268-77. doi: 10.1016/S0009-739X(07)71724-4
122. Jammer, T.; Ahmad, C.; Aldecoa, D.; Koulenti, T.; Goranovic, I.; Grigoras, B. et al. "Point prevalence of surgical checklist use in Europe: relationship with hospital mortality". *Br J Anaesth*. 2015; urtarrilean argitaratutako aurrerapena: 1-7. doi:10.1093/bja/aeu460
123. Russ, S.; Rout, S.; Sevdalis, N.; Moorthy, K.; Darzi, A.; Vincent, C. "Do Safety Checklists Improve Teamwork and Communication in the Operating Room? A Systematic Review". *Ann Surg*, 2013;258(6):856-871. doi: 10.1097/SLA.0000000000000206
124. Aibar, L.; Rabanaque, M.J.; Aibar, C.; Aranaz, J.M.; Mozas, J. "Patient safety and adverse events related with obstetric care". *Arch Gynecol Obstet* 2015;291: 825-830. DOI 10.1007/s00404-014-3474-3
125. *Madrilgo Osasun Zerbitzua. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020*. Madril: Madrilgo Komunitatea. Madrilgo Osasun Zerbitzua; 2015.
126. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). "Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-08. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom". *BJOG*, 2011; 118(Suppl. 1): 1-203.
127. Wu, A.W.; Pronovost, P.; Morlock, L. "ICU incident reporting systems". *J Crit Care*, 2002;17(2):86-94. [2017ko maiatzean kontsultatua] Hemen eskuratu daiteke: [http://www.safetyleaders.org/SafePracticeArticles/icu\\_incident\\_reporting\\_systems.pdf](http://www.safetyleaders.org/SafePracticeArticles/icu_incident_reporting_systems.pdf)
128. Campodarve, I. "Errors Mèdics als Serveis d'urgències". *Ann Medicin*, 2002; 85:132-34.
129. Bleetman, A.; Sanusi, S.; Dale, T.; Brace, S. "Human factors and error prevention in emergency medicine". *Emerg Med J*, 2012ko maiatza; 29(5):389-93. Hemen eskuratu daiteke: <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2010.107698>
130. 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. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SEMES\\_SP\\_en\\_Urgencias.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SEMES_SP_en_Urgencias.pdf)
131. Vincent, C.A.; Wears, R.L. "Communication in the emergency department: separating the signal from the noise". *Med J Aust*, 2002;176:409-410.
132. Tomás, S.; Chanovas, M.; Roqueta, F.; Alcaraz, J.; Toranzo, T. eta EVADUR-SEMES Iantaldea. "EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles". *Emergencias*, 2010;22:415-428. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/28112012.2.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/28112012.2.pdf)
133. "Revisión Bibliográfica sobre trabajos de costes de la 'no seguridad del paciente'. Serie informes, Estudios e Investigación". Madril: Osasun eta Kontsumo Ministerioa; 2008. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
134. Antoñanzas Villar, F. "Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud". *Rev Esp Salud Pública*, 2013;87:283-292. Hemen eskuratu daiteke: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000300008>
135. *Costs of unsafe care and coss-effectiveness of patient safety programmes*. Europar Batasuna, 2016.



- [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2016\\_costs\\_psp\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2016_costs_psp_en.pdf)
136. Tomás, S.; Bueno, M.J.; Chanovas, M.; Roqueta, F. eta Mapa de Riesgos SEMES lantaldea. "Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios". *Trauma Fund MAPRE* (2014) 25. lib. 1. zk.:46-53. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v25n1/docs/Articulo8.pdf>
137. D'Amour, D.; Dubois, C.A.; Tchouaket, É.; Clarke, S.; Blais, R. "The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review". *Int J Nurs Stud* 2014;51:882-891.
138. Austin, S. "Seven legal tips for safe nursing practice". *Nursing*, 2008. 2008ko martxo: 34-39.
139. Torra i Bou, J.E.; Verdú Soriano, J.; Sarabia Lavin, R.; Paras Bravo, P.; Soldevilla Ágreda, J.J.; García Fernández, F.P. "Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente". *Gerokomos*, 2016;27(4):161-167.
140. Tzeng, H.M.; Yin, C.Y. "Perceived top 10 highly effective interventions to prevent adult inpatient fall injuries by specialty area: "A multihospital nurse survey". *Appl Nurs Res* 2015;28:10-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.04.005>
141. Haines, T.P., Waldron, N.G. "Translation of falls prevention knowledge into action in hospitals: "What should be translated and how should it be done?" *J Safety Res* 2011;42:431-442. DOI 10.1016/j.jsr.2011.10.003
142. National Health Service. "Falls: "assessment and prevention of falls in older people". NICE clinical guideline 161. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2013.
143. Hoke, L.M.; Guarracino, D. "Beyond Socks, Signs, and Alarms: A Reflective Accountability Model for Fall Prevention". *Am J Nurs*, 2016;1(116): 42-47 or.
144. Shuman, C.; Liu, J.; Montie, M.; Galinato, J.G.; Todd, M.A., Hegstad, M. et al. "Patient perceptions and experiences with falls during hospitalization and after discharge". *Appl Nurs Res* 2016;31:79-85.
145. Cohen, M.R.; Smetzer J.L.; Tuohy, N.R.; Kilo, C.M. "High-alert medications: safeguarding against errors". Cohen MR, editor. *Medication Errors*. 2. ed. Washington, DC: American Pharmaceutical Association; 2007. 317- 411.
146. Cohen, M.R.; Proulx, S.M.; Crawford, S.Y. "Survey of hospital systems and common serious medication errors". *J Health Risk Manag*, 1998;18:16-27
147. Medikamentuen Erabilera Segururako Institutua. Lista de medicamentos de alto riesgo. ISMP-España. 2012ko iraila. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo%202012.pdf>
148. Medikamentuen Erabilera Segururako Institutua. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Madril: Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2007.
149. Norman, K.; Pichard, C.; Lochs, H.; Pirlich, M. "Prognostic impact of disease-related malnutrition". *Clin Nutr* 2008;27:5-15. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561407001689?via%3Dihub>
150. Lobo Táner, G.; Ruiz López, M.D.; Pérez de la Cruz, A.J. "Desnutrición hospitalaria: relación con la estancia media y la tasa de reingresos prematuros". *Med Clin (Bartz.)* 2009; 132(10):377-84. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-desnutricion-hospitalaria-relacion-con-estancia-S0025775308000547>
151. Burgos Peláez, R. "Desnutrición y enfermedad". *Nutr Hosp suplementos* 2013;6(1):10-23. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309228933002.pdf>
152. Nutrizio Parentalaren eta Enteralaren Espainiako Elkarte (Koordinatzaileak: Álvarez Hernández, J.; Burgos Peláez, R.; Planas Vilá, M). Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España. Bartzelona: Glosa SL; 2011. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [https://www.senpe.com/documentacion/consenso/SENPE\\_Consenso\\_Multidisciplinar\\_Abordaje\\_Desnutricion\\_ESP.pdf](https://www.senpe.com/documentacion/consenso/SENPE_Consenso_Multidisciplinar_Abordaje_Desnutricion_ESP.pdf)
153. Europar Komunitateen Batzordea. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. Brusela: Europar Komunitateen Batzordea; 2007. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf)



154. *Ministroen Kontseilua. Resolution ResAP(2003) 3 on food and nutritional care on hospitals. 2003. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=85747>*
155. *National Collaborating Centre for Acute Care. Nutrition support in adults Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Londres: National Collaborating Centre for Acute Care at The Royal College of Surgeons of England; 2006. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg032fullguideline.pdf>*
156. *Álvarez Hernández, J.; Planas Vilá, M.; García de Lorenzo, A.; Celaya Pérez, S.; León Sanz, M.; García-Lorda, P.; Brosa, M. "The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES Study". *Nutr Hosp*, 2010; 25(6):1020-24. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n6/original15.pdf>*
157. *Osakidetza. Gomendioak, PEUak izateko arriskua duten edo PEUak dituzten pazienteen nutrizioa zaintzeko. 2015. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/Recomendaciones%20control%20nutrici%c3%b3n.pdf>*
158. *European Association of Urology. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. 2010. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.aeu.es/UserFiles/11-GUIA\\_CLINICA\\_SOBRE\\_LA\\_INCONTINENCIA\\_URINARIA.pdf](http://www.aeu.es/UserFiles/11-GUIA_CLINICA_SOBRE_LA_INCONTINENCIA_URINARIA.pdf)*
159. *Fernandez-Lasquetty, B.; Lorente, G.; Tenías, J.M.; Racionero, A.L.; Alcañiz, I.; Gigante, A. "Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital". *Enferm Clin*, 2015; 25(4):198-203. Hemen eskuratu daiteke: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.001>*
160. *Zisberg, A.; Sinoff, G.; Gur-Yaish, N.; Admi, H.; Shadmi, E. "In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older". *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1099-104. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21649620>*
161. *Palese, A.; Regattin, L.; Venuti, F.; Innocenti, A.; Benaglio, C.; Cunico, L. "Incontinence pad use in patients admitted to medical wards: An Italian multicenter prospective cohort study". *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2007;34(6):649-654. <http://dx.doi.org/10.1097/01.WON.0000299815.75359.4c>*
162. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence in women: management. Clinical guideline. 2013. 2015eko azaroan eguneratua. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171/resources/urinary-incontinence-in-women-management-pdf-35109747194821>*
163. *Andaluziako Junta. Guía de uso adecuado de absorbentes de incontinencia. Málaga: Andaluziako Junta, Osasun Saila, Malagako Osasun Barrutia; 2011. [2017ko maiatzean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/distritomalaga/docs/cuidados/Absorbentes%20de%20Incontinencia.pdf>*
164. *Galiziako Xunta. Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria. Santiago: Galiziako Xunta, Osasun Saila. Farmaziako eta Produktu Sanitarioen Zuzendariordetza Nagusia; 2007. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.sergas.es/gal/publicaciones/Docs/Farmacia/PDF4-81.pdf>*
165. *Pancorbo, P.L.; García, F.P. "Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados". *Gerokomos*, 2001;12(4):175-184. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/12-4-2001-175.pdf>*
166. *Zunzunegui, M.V.; Rodríguez, A.; García, M.J.; Aguilar, M.D.; Lázaro, P.; Otero, A. "Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años". *Aten Prim*, 2003;32(6):337-42. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13052711-S300](http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13052711-S300)*
167. *Bosch, J.M. "Incontinencia urinaria: ¿otra epidemia silenciosa?" *Aten Prim*, 2005;35(2):74-76. Hemen eskuratu daiteke: <https://doi.org/10.1157/13071912>*
168. *Silva, T.C.; Mazzo, A.; Santos, R.C.R.; Jorge, B.M.; Souza Junior, V.D., Mendes, I.A.C. "Consequências do uso de fraldas descartáveis em pacientes adultos: implicações para a assistência de enfermagem". *Aquichan*, 2015; 15 (1): 21-30. [2017ko ekainean kontsultatua]. Hemen eskuratu daiteke: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972015000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000100003)*



## INTERNETEKO BESTE ITURRI INTERESGARRI BATZUETARAKO SARBIDEA

### PAZIENTEAREN SEGURTASUNA ETA ARRETAREN KALITATEA

1. Osasunaren Mundu Erakundea (OME): <http://www.who.int/patientsafety/en/> y [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/topics/patient_safety/en/)
2. Pazienteen Segurtasunaren eta Arretaren Kalitatearen Aldeko Europar Batasuneko Sarea (PaSQ): [www.pasq.eu](http://www.pasq.eu)
3. Erresuma Batuko Osasun Zerbitzu Nazionalaren (NHS) pazienteen segurtasunari buruzko webgunea <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>
4. Osasun arreta hobetzeko erakundea (IHI) [www.ihl.org](http://www.ihl.org)
5. Emergentziako arretaren ikerketa erakundea (ECRI): [www.ecri.org](http://www.ecri.org)
6. Joint Commission [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)
7. Europako Batzordea [https://ec.europa.eu/health/home\\_en](https://ec.europa.eu/health/home_en)
8. Osasun Arretaren Segurtasuneko eta Kalitateko Australiako Batzordea: [www.safetyandquality.gov.au](http://www.safetyandquality.gov.au)
9. Osasun Arretaren Kalitateko eta Segurtasuneko Zeelanda Berriko Batzordea: [www.hqsc.govt.nz](http://www.hqsc.govt.nz)
10. BMJ Quality & Safety: <http://qualitysafety.bmj.com/>
11. Medikuen Babeserako Kanadako Elkarte (CMPA): <https://www.cmpa-acpm.ca/en/home>
12. Osasun Arretako Arriskuak Kudeatzeko Estatu Batuetako Elkarte (ASHRM): [www.ashrm.org/](http://www.ashrm.org/)
13. Pazienteen Segurtasunerako Kanadako Erakundea (CPSI): [www.patientsafetyinstitute.ca](http://www.patientsafetyinstitute.ca)
14. Osasun Arretaren Ikerketa eta Kalitate Agentzia (AHRQ) <https://innovations.ahrq.gov/>
15. Ospitale Kalitate Erakundeko sail bat (CHPSO): [www.chpso.org](http://www.chpso.org)
16. Kalitate Foro Nazionala (NQF): [www.qualityforum.org](http://www.qualityforum.org)
17. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioko Pazientearen Segurtasunerako Ataria: <https://www.seguridadelpaciente.es/>
18. Asistentzia Kalitaterako Espainiako Batzordea: <http://calidadasistencial.es/wp-seca/>
19. SENSAR: <http://sensar.org/categoria/blog/biblioteca/protocolos/>
20. Avedis Donabedian Fundazioa: <http://www.fadq.org/?portfolio=seguridad-clinica-para-todos-org>

### JAKINARAZPEN-SISTEMAK

21. Osakidetzako pazientearen gorabeherak jakinarazteko eta haren segurtasunaren inguruan ikasteko sistema: <http://noconformidades.osasunet/inicio/default.aspx>
22. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioko pazientearen gorabeherak jakinarazteko eta haren segurtasunaren inguruan ikasteko sistema: <https://www.sinasp.es/>
23. Anestesia eta bizkorketako segurtasuneko gorabeherak jakinarazpeneko Espainiako sistema (SENSAR): <http://sensar.org/>
24. Andaluziako Juntako gorabeherak jakinarazteko sistema: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidad-sanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/incidentesseguridad/>



## OSASUN-ARRETARI LOTUTAKO INFEKZIOAK

25. Gaixotasunak Prebenitu eta Kontrolatzeko Europako Zentroa (ECDC): <https://ecdc.europa.eu/en>
26. Gaixotasunak Kontrolatzeko eta Prebenitzeko Zentroak (CDC): [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
27. Prebentzio Medikuntzako, Osasun Publikoko eta Higieneko Espainiako Elkarte (SEMPSPH): <http://www.sempsph.com/es/>
28. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Antibiotikoen erabilera arduratsua: <http://www.anti-bioticos.msssi.gob.es/home.html>

## MEDIKAZIOAREKIN LOTUTAKO ARRISKUAK

29. Medikamentuak segurtasunez erabiltzeko erakundea (ISMP): [www.ismp.org](http://www.ismp.org)
30. ISMP España, ISMPren Espainiako Ordezkaritza: [www.ismp-espana.org](http://www.ismp-espana.org)
31. Medikazio Erroreak Jakinarazteko eta Prebenitzeko Koordinazio Batzorde Nazionala (NCC MERP): [www.nccmerp.org](http://www.nccmerp.org)
32. Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia (AEMPS): [www.aemps.gob.es](http://www.aemps.gob.es)
33. Ospitaleko Farmaziako Espainiako Elkarte (SEFH): [www.sefh.es](http://www.sefh.es)

## KIRURGIAREKIN LOTUTAKO ARRISKUAK

34. Osasunaren Mundu Erakundea (OME): <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
35. <http://www.safesurg.org/>
36. <http://safesurgery2020.org/>

## BIGARREN BIKTIMAK

37. Medikoki Eragindako Trauman Laguntzeko Zerbitzuak (MITSS): [www.mitsstools.org](http://www.mitsstools.org)
38. Ku Leuven ikerketa-erakundea. Osasun arretako bigarren biktimak: <http://www.secondivictim.be/index.html>
39. Pazienteen segurtasunerako zentroa: <http://www.centerforpatientsafety.org/second-victims/>
40. Bigarren eta hirugarren biktimei buruzko ikerketa-proiektua: <http://www.segundasvictimas.es/>

## PAZIENTEAREN PARTE-HARTZEA

41. Osasunaren Mundu Erakundea (OME): [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/es/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/)  
[http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/statement/es/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/)
42. Osasun Arretaren Ikerketa eta Kalitate Agentzia (AHRQ): <https://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/20tipssp.html>
43. <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/>
44. Pazienteen Unibertsitatea: <http://www.universidadpacientes.org/>
45. Pazienteen Esperientziari buruzko Erakundea (IEXP): <http://www.iexp.es>
46. Pazienteen segurtasunari buruzko prestatzaileen herritar sarea, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa: <http://formacion.seguridaddelpaciente.es/>
47. Pazienteek beren segurtasunean esku-hartzeko aholkuak: [https://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/pdfs/anexo\\_u9.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/pdfs/anexo_u9.pdf)



# 1. ERANSKINA. ESTRATEGIAREN SEGIMENDUA ETA EBALUAZIOA

## 1. EI. SEGURTASUN-GERTAKARIAK KUDEATZEA

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Pazientearen segurtasunaren alorreko online prestakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak eta ez-sanitarioak), zerbitzu-erakunde bakoitzeko	% 50 (2018) % 60 (2019) % 70 (2020)
Kalterik gabeko gertakari kopurua, PSAJISen jakinarazita	
Kalterik gabeko gertakari kopurua, PSAJISen jakinarazita eta 100 profesionaleko	
Kalterik gabeko gertakari kopurua, PSAJISen jakinarazita eta aztertuta	
Kalterik gabeko gertakari kopurua, PSAJISen jakinarazita eta aztertuta, eta hobekuntzak proposatuta dituztenak "hala badagokio" atalean	≥ % 50 (2017) ≥ % 55 (2018) ≥ % 60 (2019) ≥ % 65 (2020)
Ezarritako hobekuntzen ehunekoa, proposamenen arabera	
Ezarri eta segimendua egindako ekintzen ehunekoa	

## 2. EI. BIGARREN ETA HIRUGARREN BIKTIMEI ARRETA EMATEA

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
<b>2017. urtearen amaieran</b>	
Kontrako gertakarien aurka jarduteko gomendioei buruzko Osakidetzaaren gida bere egin eta/edo egokitu duten erakundeen %	% 50
<b>2018. urtearen amaieran</b>	
Kontrako gertakarien aurka jarduteko gomendioei buruzko Osakidetzaaren gida bere egin eta/edo egokitu duten erakundeen %	% 100
Kontrako gertakariak profesionalengan zein erakundeetan dituzten eraginei buruzko prestakuntza- eta sentsibilizazio-ekintzak egin dituzten erakundeen %	% 100
Bigarren eta hirugarren biktimei arreta egokia emateko estrategia korporatiboa ezarri duten erakundeen %	% 50





**2019. urtearen amaieran**

Bigarren eta hirugarren biktimei arreta egokia emateko estrategia korporatiboa ezarri duten erakundeen %	% 75
Bigarren biktimen arreta-protokoloa aplikatu den kontrako gertakarien %	% 30-50

**2020. urtearen amaieran**

Bigarren eta hirugarren biktimei arreta egokia emateko estrategia korporatiboa ezarri duten erakundeen %	% 100
Bigarren biktimen arreta-protokoloa aplikatu den kontrako gertakarien %	% 60-75

**3. EI. PAZIENTEAK OKERRIK EGIN GABE IDENTIFIKATZEA**

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Behar bezala identifikatuta dauden ospitaleratutako pazienteen % (identifikatzeko besoko korporatiboa daramatenak)	% 100
Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko gomendioen protokoloa ezarri duten lehen mailako arretako zentroyen %	% 100
Pazienteak okerrik egin gabe identifikatzeko prozedura daukaten egonaldi ertain-luzeko ospitalizazio psikiatrikoko zentroyen %	
Ama-jaioberria batera identifikatzeko sistema erabiltzen duten Amatasun unitateen %	
Lagin biologikoak antolatzeko prozedura ezarri duten erakundeen %	
Pazienteak eta zaindaria okerrik egin gabe identifikatzeko prozesuetan inplikatzera zuzendutako ekintzak garatu dituzten erakundeen %	



## 4. EI. PAZIENTEEK BEREN SEGURTASUNEAN PARTE HARTZEA

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Pazienteei berariaz zuzendutako segurtasun klinikoari buruzko sentsibilizazio- eta prestakuntza-ekintzak egin dituzten erakundeen %	% 25 (2018) % 50 (2019) % 75 (2020)
Beren harrera-planak berrikusi eta horietan pazientearen segurtasunari buruzko informazioa erantsi duten erakundeen %	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Gogobetetasun-galdeketeran segurtasun klinikoaren gaineko galderak erantsi dituzten erakundeen %	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Pazientearentzako eta Erabiltzailearentzako Arreta Zerbitzuetako (PEAZ) profesionaleri berariaz zuzendutako pazientearen segurtasunari buruzko prestakuntza-saioak egin dituzten erakundeen %	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
PEAZko profesionalak segurtasun-erreferenteei helarazitako kexa eta erreklamazio kopurua, segurtasun-arazoei buruzko informazioa izateagatik	–
Egindako analisi kopurua, jasotako gertakariak eta kexetan eta erreklamazioetan sorburua duen informazioa oinarri hartuta	–
Pazienteei eta herritarrek segurtasun-arazoen berri emateko beste komunikazio-bide batzuk gaitu dituzten erakundeen %	% 25 (2018) % 50 (2019) % 75 (2020)
Pazienteei, senideei, zaindariak edota herritarrek (bide horietatik) jakinarazitako segurtasun-gertakarien kopurua	–
Pazientearen segurtasuna hobetzeko ekintzak garatze aldera, pazienteen elkarte edo federazioekin komunikazio-bideak ezarri dituzten erakundeen %	% 25 (2018) % 50 (2019) % 75 (2020)
Segurtasun Batzordeetan edota pazientearen segurtasunaren alorreko lantaldeetan pazienteak gehitu dituzten erakundeen %	% 25 (2018) % 50 (2019) % 75 (2020)
ESlko Pazientearen Segurtasun Batzordean modu aktiboan parte hartzen duen paziente kopurua	–
Pazientearen segurtasunaren alorreko lantaldeetan modu aktiboan parte hartzen duen paziente kopurua	–



## 5. EI. MEDIKAZIOAREN KONTZILIAZIOA

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Sendagaiak bateratzeko programa bat izatea pazientearen asistentzia-trantsizioetarako, berrikusita eta eguneratuta	Erabilgarri
Medikazioa kontziliatuta duen paziente kopurua x 100 / xede-biztanleriaren paziente kopurua (kontziliazioa egiten den une bakoitzeko banakatu ahal izango da adierazlea: ospitaleratzea, alta, lekualdaketa)	≥ % 75
Justifikatu gabeko desadostasun kopurua / Kontziliatutako pazienteak guztira (kontziliazioa egiten den une bakoitzeko banakatu ahal izango da adierazlea: ospitaleratzea, alta, lekualdaketa)	≤ 2

## 6. EI. ERRADIAZIO IONIZATZAILEA ERABILTZEN DUTEN PROBA DIAGNOSTIKOEN PRESKRIPZIOA OPTIMIZATZEA

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Erradiazio ionizatzailearen dosi handiak igortzen dituzten probetan erabilitako dosiei buruzko datuak ustiatu eta aztertzeke plan sistematizatu eta dokumentatua duten erakundeen proportzioa (halako probak egiten dituzten erakundeetan baino ez da aplikagarria)	% 100
Erradiazio ionizatzailearen dosi handiak igortzen dituzten proben protokoloak berrikusteko plan sistematizatu eta dokumentatua duten erakundeen proportzioa, proba horietan erdietsitako dosiei buruzko datuak aztertuta (halako probak egiten dituzten erakundeetan baino ez da aplikagarria)	% 100

## 7. EI. TRANSFUSIO-SEGURTASUNA

ADIERAZLEA
<b>Kontrako efektuen kopurua</b>
Alergikoak
Sukarrak
TRALI
Hemolitikoak
Aloimmunizazioa
Ostalariaren aurkako injerto-gaixotasuna



Transfusio-purpura
Infekzio bakterianoa
Infekzio birikoa
Infekzio parasitarioa
Birikako edema kardiogenikoa
Hemosiderosia
Kontrako efektu larriak odol-emaileengan
<b>la gertakarien kopurua</b>
<b>Kontrako efektuen ehunekoa (transfusioan emandako osagaien gainean)</b>
<b>Transfusioan emandako unitateen kopurua</b>
Hematiak
Plaketak
Plasma

## 8. EI. OSASUN-LAGUNTZAREKIN ERLAZIONATUTAKO INFEKZIOEN PREBENTZIOA ETA KONTROLA

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Organoko zauri kirurgiko sakona infektatzearen intzidentzia koloneko hautapenezko kirurgian, 30 eguneko segimenduarekin	≤ % 20*
Zauri kirurgikoa infektatzearen intzidentzia aldakako kirurgia protesikoan, 90 eguneko segimenduarekin	≤ % 5*
Zauri kirurgikoa infektatzearen intzidentzia belauneko kirurgia protesikoan, 90 eguneko segimenduarekin	≤ % 5*
Aginduta egon arren, profilaxirik jasotzen ez duten pazienteen ehunekoa	< % 5*
Infekzio nosokomialak esparru medikoan duen intzidentziari buruzko ikerketak eta hobetzeko ekintzak	Hobekuntza-plan bat aztertzea eta aurkeztea
PVPCIN tresna eguneratzea	
Laguntza-unitateetan mikroorganismo multierresistenteen infekzioa detektatzeko plana edukitzea	



Eskuetako higiearen alorreko online prestakuntza jaso duten profesionalak (sanitarioak eta ez-sanitarioak), zerbitzu-erakunde bakoitzeko	% 60 (2018) % 70 (2019) % 80 (2020)
ZIUko arreta-gunean oinarri alkoholdun prestakinak dituzten oheen %	% 100
Arreta-gunean oinarri alkoholdun prestakinak dituzten oheen %	% 100
Oinarri alkoholdun prestakinen kontsumoa ospitaleetan	
Oinarri alkoholdun prestakinen kontsumoa lehen mailako arreta-zerbitzuan	
Eskuetako higiea egiaztatzea (eskuetako higiearen ekintza kopurua x 100 / zaindutako aukera kopurua)	
Oinarri alkoholdun prestakinen erabilera egiaztatzea (oinarri alkoholdun prestakinak erabiltzen diren aldiak x 100 / zaindutako aukera kopurua)	
Zehaztutako plan bat izatea, gernu-kateterrarekin lotutako gernu-traktuaren infekzioak murrizteko esku-hartzeak jasota dituen	% 100 (2018)
Gernu-infekzioaren prebalentziaren murrizketa portzentuala gernu-zunda (irekia edo itxia) duten pazienteetan, aurreko urtearen aldean (EPINE)	≥ % 25
Protokoloaren arabera zunda kentzearen ehunekoa kirurgia txikiko eta zesareetako erakundeetan	% 70 (2018) % 85 (2019) % 100 (2020)
Infekzio kirurgiko zero proiektua: Profilaxi antibiotikoa erabat betetzea	> % 95
Infekzio kirurgiko zero proiektua: Klorhexidina alkoholikoa erabat aplikatzea	> % 90
Infekzio kirurgiko zero proiektua: Ilea erabat kentzea	> % 80
ESI eta egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan PROAk garatzea	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Zain-kateter zentralari lotutako lehen mailako bakteriemien batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboko Unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan	< 500 oheko ospitaleak: < 2,5* 500 oheko ospitaleak: < 4*
Aireztapen mekanikoari lotutako pneumoniaren batez besteko tasa, Zainketa Intentsiboko Unitateak dituzten zerbitzu-erakunde guztietan	< 500 oheko ospitaleak: < 4* 500 oheko ospitaleak: < 7*

\*Urteko ikuskapena



## 9. EI. KIRURGIA SEGURUA

ADIERAZLEA	
ADIERAZLE OROKORRAK	ESTANDARRA
Programatutako premiazko ebakuntza kirurgikoak egindako pazienteak, segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ) aplikatuta	> % 85
Praktika kirurgiko seguruen protokoloa - leku kirurgikoa markatzea	Eginda
Pazientearen trazabilitate-protokoloa	Eginda
ERAKUNDEAREN ADIERAZLEAK	
Segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ) ezarrita duten zerbitzuak eta unitateak (%)	% 100
Programatutako ebakuntza kirurgikoa egin zaien pazienteak, segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ) aplikatuta (%)	> % 90
Premiazko ebakuntza kirurgikoa egin zaien pazienteak, segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrenda (SKEZ) aplikatuta (%)	> % 80
Segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrendaren (SKEZ) erabilerari buruzko autoebaluazioa egin duten zerbitzu kirurgikoak (%)	% 100
Segurtasun kirurgikorako egiaztatze-zerrendaren (SKEZ) erabilera egokiari buruzko sentsibilizazio-saioak egin dituzten zerbitzu kirurgikoak (%)	% 100
Praktika kirurgiko seguruen protokoloa ezarrita duten ospitaleak (%)	% 100
Jarduera kirurgikoa duten eta praktika kirurgiko seguruen protokoloa ezarrita duten ospitaleak (%)	% 100

## 10. EI. HAURDUNALDI-ERDITZE-PUERPERIOKO LAGUNTZA-PROZESUKO SEGURTASUNA

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Tresna bidezko erditzea	< % 20 urtean
3. eta 4. mailako urradurak	< % 3 urtean
Zesarea bidezko erditzeak	< % 15 urtean
Infekzio puerperala duten erdiberrien tasa	< % 20 urtean
Konplikazio hemorragikoen tasa	< % 12 urtean
Erditze osteko premiazko ospitaleratzeen tasa	< % 5 urtean



Episiotomia bidezko berezko erditzeen %	< % 30 urtean
Amaren hilkortasun-tasa	< % 0,06 urtean
Jaioberriaren hilkortasun goiztiarraren tasa	< % 7 urtean

## 11. EI. PAZIENTEAREN SEGURTASUNA LARRIALDI-ZERBITZUETAN

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
<b>2018. urtearen amaiera</b>	
Larrialdi-zerbitzuetan segurtasun-erreferenteak dituzten erakundeen %	% 100
Segurtasun-taldea duten larrialdi-zerbitzuen %	% 100
Premiazko arreta-eremuetako arriskuen analisi orokorra (horri ekiteko lehentasun-irizpideekin) egin duten erakundeen %	% 100
Larrialdi-zerbitzuetan segurtasuna hobetzeko lan-plan bat (ekintza-ildo, helburu eta ekintzekin) duten erakundeen %	% 100
Larrialdi-zerbitzuetako arriskuen analisiaren emaitzak eta abian jarri beharreko lan-plana zabaldu/jakinarazi dituzten erakundeen %	% 100
ESI bakoitzeko larrialdi-zerbitzuetan jakinarazitako segurtasun-gertakarien kopurua	
<b>2019. urtearen amaiera</b>	
ESI bakoitzeko larrialdi-zerbitzuetan jakinarazitako segurtasun-gertakarien kopurua	
Hobetzeko ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gertakarien %	% 50
Ezarritako hobekuntza-ekintzen %	% 25
Larrialdi-zerbitzuetan segurtasuna hobetzeko proposatu edota ezarri diren hobekuntza-neurriak zabaldu/jakinarazi dituzten erakundeen %	% 100
<b>2020. urtearen amaiera</b>	
ESI bakoitzeko larrialdi-zerbitzuetan jakinarazitako segurtasun-gertakarien kopurua	
Hobetzeko ekintzen proposamenak dituzten aztertutako gertakarien %	% 75
Ezarritako hobekuntza-ekintzen %	% 50
Hobetzeko neurriak ezarri ondoren egoera berriz ebaluatzeaz gain segimendua egin zaien gertakarien %	% 25
Hobetzeko ezarritako ekintzak zabaldu/jakinarazi dituzten erakundeen %	% 100



## 12. EI. PAZIENTEAREN SEGURTASUNA ZAINKETEI DAGOKIENEZ

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Presio-ultzeren urteko prebalentzia-azterlan bat eginda edukitzea	Erakunde guztietan
Urteko prebalentzia-azterlanaren bidez hautemandako ultzeren ehunekoa, eta Osanaia programa informatikoaren bidez aitortu ez direnena	< % 2,00
Paziente akutuen ospitalizazioan, alta jasotzeko unean, II. mailako edo handiagoko ospitale-barneko ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa, Osanaia programa informatikoaren bidez aitortutakoak (pediatria, psikiatria, obstetria, egonaldi laburreko unitatea, kirurgia handi ambulatorioa unitatearen xede-biztanleria kanpo utzita)	< % 1,5
II. mailako edo handiagoko ospitale-barneko presio-ultzeren tasak, egonaldi ertain-luzeko ospitalizazioetan eta psikogeriatrian, Osanaia informatika-programaren bidez aitortutakoak	< ‰ 2,5
Alta jasotzeko unean ospitaletik kanpoko presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa (pediatrian, bere osotasunean, psikiatryan, obstetrian, egonaldi laburreko unitatean eta kirurgia handi ambulatorioan ospitaleratutako pazienteak kanpo utzita)	< % 1,50
Alta jasotzeko unean ospitale-barneko presio-ultzerak dituzten pazienteen ehunekoa (pediatryan, bere osotasunean, psikiatryan, obstetrian, egonaldi laburreko unitatean eta kirurgia handi ambulatorioan ospitaleratutako pazienteak kanpo utzita)	< % 1,30
Egonaldi ertain-luzeko ospitalizazioetan eta psikogeriatrian ospitale-barneko presio-ultzerak dituzten pazienteen intzidentzia-tasa	< ‰ 4,00
II. mailako edo handiagoko ospitaletik kanpoko presio-ultzerak dituzten eta etxean artatzen diren paziente kronikoen ehunekoa	< % 8
Akutuen ospitalizazioan erori diren pazienteen ehunekoa (pediatriako pazienteak salbu), Osanaia programa informatikoaren bidez aitortutakoak	< % 0,70
Egonaldi ertaineko eta luzeko ospitalizazioan eta Osasun Mentaleko Sareetan izandako erorikoen tasa egonaldiekiko, Osanaia programa informatikoaren bidez aitortutakoa	< ‰ 2,0
Ospitalizazioan erorikoak saihesteko online prestakuntza jaso duten profesionalak (osasun-arlokoak zein osasun-arlokoak ez direnak), ospitaleko laguntza-prozesuarekin lotura zuzena dutenak	% 25 (2020)





### 13. EI. MEDIKAZIOA ERABILTZEAREN INGURUKO JARDUNBIDE EGOKIAK

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Arrisku handiko sendagaiak (antikoagulatzailak, intsulinak, zain barneko potasioa eta zitostatikoak) ematearekin lotutako jardunbide egokiak ezarri dituzten erakundeen proportzioa, beren laguntza-jarduera motaren arabera	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Baliozkotutako tresnekin sendagaiak erabiltzeko sistemaren segurtasunari buruzko autoebaluazioa egin duten erakundeen proportzioa	% 100 (2019)

### 14. EI. JARDUNBIDE EGOKIAK DESNUTRIZIO-ARRISKUAN DAUDEN OSPITALERATUTAKO PAZIENTEENGAN

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Nutrizio-egoeraren baheketa egin zaien ospitaleratutako pazienteen ehunekoa	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Ospitaleratzean behar bezala elikatuta dauden eta alta jasotzeko unean desnutrizio-arriskua edo desnutrizioa duten pazienteen ehunekoa	≤ % 5-10
Ospitaleratzean desnutrizio-arriskua duten eta alta jasotzeko unean desnutriziorik ez duten pazienteen ehunekoa	≥ % 90-95
Pazientearen nutrizio-egoera eta kasuan kasuko gomendioak jasota dituzten ospitaleko unitateen alta-txostenen ehunekoa	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)



## 15. EI. ERAGINDAKO GERNU-INKONTINENTZIA PREBENITZEKO JARDUNBIDE EGOKIAK

ADIERAZLEA	ESTANDARRA
Ospitaleratzean pazientearen egoera funtzionala eta txiza egiteko behar duen laguntza aztertzen den kasuen ehunekoa	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak gida korporatiboaren gomendioen arabera erabiltzen diren ospitaleratutako pazienteen ehunekoa	% 50 (2018) % 75 (2019) % 100 (2020)
Ospitaleratu baino lehen gernu-inkontinentziarako xurgatzaileak erabiltzen ez zituzten eta ospitalizazioan aplikatzen zaizkien pazienteen %	–
Ospitaleratzeko unean pixoihala erabiltzen zuten eta ospitalizazioan kentzen zaizkien pazienteen %	–
Ospitaleratzeko unean gernuari eusteko gai ziren eta alta jasotzeko unean horretarako gai ez ziren pazienteen %	–
Ospitaleratzeko unean gernuari eusteko gai ez ziren eta alta jasotzeko unean horretarako gai ziren pazienteen %	–