



**EUSKO JAURLARITZA**  
**GOBIERNO VASCO**

**ADINEKOENTZAKO  
OSOKO ARRETA  
BIZITZAREN BUKAERAN.  
GOMENDIO ETIKOEN GIDA**





**ADINEKOENTZAKO  
OSOKO ARRETA  
BIZITZAREN BUKAERAN.  
GOMENDIO ETIKOEN GIDA**



## AURKIBIDEA

AURKEZPENA	5
METODOLOGIA	7
<b>I. ATALA. ERREFERENTZIA ESPARRUA</b>	<b>13</b>
EAEko adinekoen errealitatea	13
2. Euskadin 2010ean hildako 70 urtetik gorako herritarrak	14
<b>II. ATALA GOMENDIOAK</b>	<b>21</b>
Alderdi soziokulturalak	21
Profesionalen eta sistemen arteko egiturazko komunikazio eta koordinazio alderdiak sistema bakoitzeko esparru eta maila guztietan	23
Familiaren, tutoreen eta gertuko arreta eta parte hartzea.	25
Familiako erreferente "arduradunik" gabeko adinekoen babesa eta arreta	27
Adinekoaren parte hartzea sustatu eta autonomia errespetatzea asistentzia prozesuan	28
Adinekoari eta horien ordezkariari informazio osoa, ulergarria eta jarraitua ematea	30
Behar psikosozialei arreta zuzena ematea	31
Espiritaltasunari edo erlijiotasunari arreta egokia ematea	34
Jardunbide profesional egokiak diagnostiko, zainketa eta tratamenduetan bizitzaren bukaeran	35
Baliabide nahikoak eta egokiak	38
<b>III. ATALA ERANSKINAK ETA GLOSARIOAK</b>	<b>41</b>
<b>1. Eranskina.</b> Pertsonen bizitzaren bukaeran beren zainketari buruzko erabakiak hartzeko duten gaitasunaren balorazioa	41
<b>2. Eranskina.</b> Komunikazioa errazten duten estrategiak	45
<b>3. Eranskina.</b> Euskadin 2010ean hildako herritarrak.	47
<b>4. Eranskina.</b> Zer irizpidek definitzen dute dementsiak jotako gaixo baten egoera aurreratua eta terminala eta bizi-itzaropen mugatua?	53
<b>5. Eranskina.</b> Zehazterik dago dementsia aurreratua duen gaixo batek bere bizitzaren bukaerako fasean 6 hilabete baino gutxiago iraungo duela?	57
<b>Glosarioa</b>	59
BIBLIOGRAFIA	61

© EUSKO JAULARITZA  
ENPLEGU ETA GIZARTE POLITIKETAKO SAILA



GERIATRIA ETA GERONTOLOGIA EUSKAL ELKARGO  
ASOCIACIÓN VASCA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA





**ADINEKOENTZAKO  
OSOKO ARRETA**  
BIZITZAREN BUKAERAN.  
**GOMENDIO ETIKOEN GIDA**



## AURKEZPENA

Bizitza eta heriotza ibilbide komun eta banaezinaren osagaiak dira. Gizakiok historia dugu, alegia, iragana, oraina eta geroa. Iraganera begiratzen badugu, ikus dezakegu Erdi Arotik bertatik jendeak heriotzarekiko duen kezka berri ematen duten testuak idatzi izan direla. Horietatik lehenengoa "Ars moriendi" ("hiltzeko artea") izeneko da. Elkarrekin erlazionatutako bi testuren izenburua da. Testu horiek heriotza egokia izateko jarraitu beharreko protokolo eta prozedurak eta "ondo hiltzeko" aholkuak jasotzen dituzte, Erdi Aroaren bukaerako agindu kristauen arabera. 1415. eta 1450. urteen artean idatzi ziren, izurri beltzaren sarraski ikaragarriak gizartean bete-betean jotzen zuen garaian. Mendebaldean heriotzaren inguruan sortutako literatura-tradizioa eraikitzeke lehen urratsa izan zen hura. Eta, bitxia bada ere, gure aroko 2013. urtean jarraitzen dugu gai berberari buruz hitz egiten, eztabaidatzen eta gogoeta egiten, ondoko orrialdeetan egiaztatu ahal izango duzunez.

Gaur egun, erronka kultural eta antropologiko itzelari aurre egin behar diogu: heriotza berriz ere gure buruko eskemetan naturaltasunez sartzea eta funtsezko zerbait, hain zuzen gure hilkortasunarekiko kontzientzia, onartzen jakitea, gure bizi-zikloari lotutako ezaugarria baita. Beste gauza bat bizitzatik heriotzara igarotzeko trantzea da, hau da, prozesu horretako baldintzak. Duintasunez hiltzeko prozesuak berezkoak ditu gatazka eta arazo etikoak, baina funtsean, ondo hiltzeko nahitaezko baldintzak honako hauek dira guretzat: sufrimendua saihesteko gizarte- eta osasun-baliabideak, behar diren tratamenduak zuzen erabiltzea, heriotza duina bermatuko duten zainketa egokiak eta, batez ere, hiltzera doan pertsonaren balio, sinesmen eta izaerarekiko errespetua.

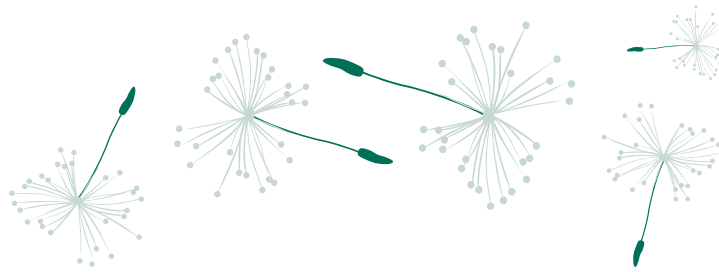
Pertsonaren duintasuna abiapuntutzat eta gure gizarte- eta osasun-politikak garatzeko oinarritzat harturik eta onarturik, oso atsegina dugu gida hau aurkeztea, gomendio zehatzen bidez ekarpen onuragarria egiten baitu hiltzear dagoen adinekoaren duintasuna errespetatzeko. Gidaren helburu nagusia, beraz, ezagutza horiek adinekoak zaintzen eta beraien bizitza errazten diharduten guztiarekin partekatzea da.



Zahartzaroko zeregin nagusia, zalantzarik gabe, biografia pertsonal eta bakarria ixtea da. Pertsona guztiei inposatutako zeregin moralak da hori. Hala ere, hori lortzea ezinezkoa da pertsonaren eskubideak onartzen dituen testuingururik gabe, bakoitzak "bere erara", "bere nortasunaren arabera" eta sufrimenduak hertsatu gabe hiltzeko laguntzarik eta baliabiderik gabe. Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarte Gaietako Saitetik –Matia Institutu Gerontologikoa Fundazioarekin elkarlanean– aurkezten dugun gida hau, "ADINEKOENTZAKO OSOKO ARRETA BIZITZAREN BUKAERAN. GOMENDIO ETIKOEN GIDA", adinekoen terminaltasunari lotutako arazo etikoak identifikatu eta landu egiten ditu. Arazo horien zioak aztertu eta horiei aurre egiteko gure inguruan eskura ditugun jarraibide edo jarduteko proposamenei buruz gogoeta egin ondoren, ondo hiltzeko arteari buruzko gomendioak, edo bestela esanda, adinekoen haien bizitzaren bukaeran osoko arreta emateko jarraitu beharreko jokabide zuzenak ematen ditu gida honek. Horrela, lotura estua du gure gizartea, gure herritarrak betidanik kezkatu izan dituen gai batekin: pertsona ahul eta minberak, kasu honetan adinekoak, zaintzeko, laguntzeko eta haien bizitza errazteko zereginetan tratu ona sustatzea eta tratu txarra saihestea. Ez da, beraz, osasunaren eta gizartearen alorreko esku-hartze mota guztiei buruzko gida profesionala edo teknikoak, baizik eta erreferentzia-esparru moralak, esku-hartze horiek hartzailentzat "egokiak" izan daitezzen, hau da, adinekoek merezi duten eta gizarteak eta profesionalak zor dizkieten errespetua eta adetasuna jaso ditzaten.

Gida hau osasunaren alorreko eta gizarte-zerbitzuetako profesionalen osaturiko talde multiprofesional handi batek landu du. Horietako batzuk EAEn akreditatutako etika-batzordeetako kideak dira, kide-zerrendan ikusiko dugun bezala. Erabilgaitako metodologia taldekideen arteko deliberazioa izan da, jorratutako arazoei irtenbiderik egokiena emateko konpromisoa abiapuntutzat hartuta. Gure eskerrik beroenak eman nahi dizkiegu taldearen koordinatzaile eta testuaren idazlari Marije Goikoetxeari bere profesionaltasunagatik eta zorrotasunagatik eta taldeko profesionalen beren inplikazioagatik. Lerro hauen bidez, beren eguneroko gogotaren emaitza, errealitatearen ezagutza, iradokizunak eta denbora eskaintzen dizkigute, eta frogatzen dute koordinazio soziosanitarioaren inguruko akordio praktikoa lor daitekeela, maila komunitarioan zein espezializatuan.

Gidaren abiapuntua errealitate honen analisia da: nola hiltzen diren adinekoak Euskadin. Ondoren, gaia testuinguruan kokatzeko, hasierako oinarriko erreferentzia-esparrua ematen du. Jarraian, jarduera asistentzialaren inguruko arazoei aurre egiteko gomendio etikoak proposatzen ditu. Eta, azkenik, dokumentazio osagarria eskaintzen du. Jarduera konplexu honetan diharduten profesionalen lanordu askoren emaitza da txostena. Gure lanbidearen eta bizitzaren eguneroko kontuetara hurbiltzea du xede, gogoeta eragitea, inspirazioa, orientabideak eta iradokizunak ematea, eta, horrela, guztion bizi-kalitatea, gure komunitateko guztiona, indartu eta hobetzea. Zuzenean edo zabuka zeharkatzen ari garen ur zakaurreko ibai horren gaineko beste zubi bat da, agindutako lurraren ertzerara hurbiltzen gaituen zubia, itxaropenerako espazioa. Utopia aurrerabide ororen abiapuntua eta mundu hobe baten hastapena bada, Anatole Francek XIX. mendearen amaieran zioen bezala, honako hau proiektu utopiko bat da.



## ADINEKOENTZAKO OSOKO ARRETA BIZITZAREN BUKAERAN. GOMENDIO ETIKOEN GIDA

### METODOLOGIA

Gida hau osasunaren alorreko eta gizarte-zerbitzuetako profesionalek bi urte eta erdiz (2010-2013) elkarrekin egindako ikerketa, prestakuntza, gogoeta eta eztabaida sakonen emaitza da.

Lanaren abiapuntua errealitate hau egiaztatzea izan zen: adinekoen bizitzaren bukaeran, hainbat gatazka etiko sortzen dira beraienezako arretaren bi eremuetan (osasunaren eremuan eta gizarte-zerbitzuetan), baita bi eremu horien arteko koordinazioan ere, arreta-maila guztietan (etxeke eta komunitateko arretan eta arreta espezializatuan). Gatazka etikoak era guztietakoak dira, eta kasu eta egoera askotan, Euskal Autonomia Erkidegoan akreditaturiko etika-batzordeetan eztabaidatu izan dira. Gai eta kezka hori eztabaidagai izan dute mintegi eta jardunaldi askotan, bai etikari buruzkoetan, bai geriatricari eta gerontologiari buruzkoetan, gizarte-zerbitzuei buruzkoetan eta zainketa aringarri eta arreta eta koordinazio soziosanitarioari buruzkoetan.

Gaiak dituen ikuspegi eta dimentsio ugariak direla-eta horri aurre egiteko zailtasunen jakitun, INGEMAK, Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarte Gaietako Sailarekin elkarlanean, adinekoei bizitzaren bukaeran osoko arreta emateko gomendio etikoen gida lantzeko prozesuari ekitea proposatu zuen. Hala, gida prestatzeko **bi faseko proiektua** antolatu zuen. Zeregin horretan aholkuari izan zituen Marije Goikoetxea Iturregui, etika asistentzian aditua eta Zahartzaroako (Geriatría eta Gerontologia Euskal Elkarte) kidea, eta Arinduz (Zainketa Aringarrien Euskal Elkarte).

LEHEN FASEA 2011. URTEAN GAUZATU ZEN. Horretan hiru lantegi burutu ziren (EAEko herrialde bakoitzean bat), adinekoei bizitzaren bukaeran emandako arretaren inguruko arazo etikorik ohikoenak eta larrienak aurkitzeko helburuz. Lantegi bakoitzak 20 kide izan zituen, gehienak hainbat diziplinako profesionalak (gizarte-lanekoak, erizainak, medikuak, psikologoak, arreta erlijioso eta espiritualeko agenteak, gestoreak), baina baita senideak eta zaintzaile informalak ere. Talde bakoitzak agertoki desberdin batean lan egin zuen:

- Gipuzkoan, gogoetagai izandako pertsonak narriadura kognitibo handia zuen, gizarte-zerbitzuetako zentro batean bizi zen eta bere terminaltasun-prozesuaren eragilea koadro akutu bat izan zen (irensketagatik pneumonia). Hirugarren mailako ospitale batean hil zen.
- Araban, gogoetaren abiapuntua adineko autonomoa zen, etxean bizi zena eta, tratamendu eraginkorrari uko egin zionez (hanka bat moztea) etxean





hil zen. Ospitaleko osasun-zerbitzuek eta lehen mailakoek eman zioten arreta, baita komunitateko gizarte-zerbitzuek ere.

- Bizkaian, gogoetaren agertokia unitate soziosanitario bat izan zen, eta pertsona prozesu onkologiko baten ondorioz hil zen.

Hiru kasuetan gatazka etikoak zeuden profesionalen jardunbide egokiari, hiltzear zeuden adinekoen autonomiarekiko errespetuari eta senideen erabakiei zegokietenez. Hiru lantegien zeregina gomendio multzo bat egitea zen, hainbat ikuspegitatik (zaintzaile informal, familia, adineko, profesional, gestore eta politikarien ikuspegietatik) agertoki bakoitzeko adinekoei bizitzaren bukaeran arreta eta zainketa emateko prozesua hobetzeko. Talde bakoitzaren abiapuntua etikari, arreta geriatricoari eta zainketa aringarriari buruzko prestakuntza-prozesu bat izan zen, eta auto-prestakuntza osagarria ere izan zuten, hainbat agiri eta artikuluren bidez. Prestakuntza emateko arduradunak taldeetan parte hartzen zuten etika-batzordeetako kideak eta arreta geriatricoko zein zainketa aringarrietako adituak izan ziren. Prestakuntzaren ondoren, metodologia deliberatiboa erabili zuten, alegia kasuan kasuko gatazka eragiten zuten balioak babesteko irtenbiderik onena bilatzea.

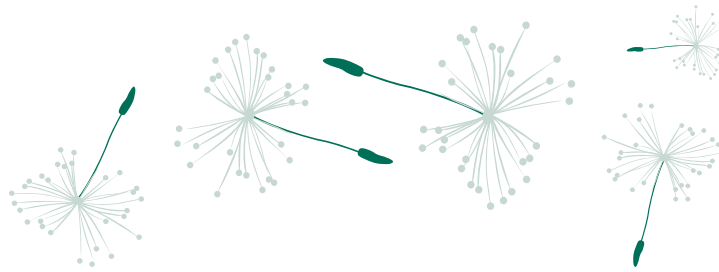
Aurkitu eta landutako gai eta arazoak, profesionalen gomendio eta orientabideen xede izan zirenak, honela sailka daitezke, nahiz eta atal bakoitzaren barruan alderdi zehatzagoak ere bereizi ziren:

- adinekoei beren bizitzaren bukaeran informaziorik ez ematea,
- adinekoek beren bizitzaren bukaerako prozesuan eta asistentzia-planearan parte ez hartzea,
- adinekoek bizitzaren bukaeran duten gaitasunaren balorazio gutxieslea eta okerra eta beren autonomiarekiko errespeturik eza,
- jardunbide profesional okerra diagnostiko, zainketa eta tratamenduetan, adinekoen bizitzaren bukaeran,
- esku hartzen duten profesional, entitate eta esparruen arteko koordinaziorik eza,
- zainketa-planik eza,
- behar psikosozialen arreta okerra edo eskasa,
- espiritualtasunari edo erlijiozaletasunari arreta egokirik ez ematea,
- familiak parte hartzea lortzeko zailtasunak,
- eta adinekoentzako zainketa aringarrietako arreta txikiegia.

BIGARREN FASEA 2013an gauzatu zen. Horretan talde bakarra sortu zen eta aurreko hiru lantegietako kideek parte hartu zuten. Aurreko lantegien sintesia abiapuntu hartuta, taldeak ADINEKOEI BIZITZAREN BUKAERAN ARRETA EMATEKO ORIENTABIDE ETA GOMENDIO EGOKIEN TXOSTENA egitea zuen helburu.

Horretarako, lehenbizi, EAEko adinekoen egoera soziologikoari eta sanitarioari buruz sakondu zuten, baita horien heriotzaren eragileari eta lekuari buruz ere. Ondoren, jorratu beharreko alderdiak hitzartu eta, prozesu deliberatibo baten bidez, alderdi horiek modu zuhurragoan eta egokiagoan lantzeko gomendioak hitzartu zituzten.





ADINEKOENTZAKO OSOKO ARRETA BIZITZAREN BUKAERAN.  
GOMENDIO ETIKOEN GIDA

## EGILEAK

**Hona hemen gida hau landu duen lantaldeko kideak:**

**MARIJE GOIKOETXEA ITURREGUI** (koordinatzailea eta idazlaria). Psikologoa. Deustuko Unibertsitatea. Gizartean Esku Hartzeko Bizkaiko Etika Batzordea.

**NEREA ETXANIZ URTEAGA** (lantaldeko idazkaria). Psikologoa eta prestakuntza-tekniaria. INGEMA Institutu Gerontologikoa Fundazioa.

## ARABAN

**BRÍGIDA ARGOTE MARTÍNEZ DE LAGRÁN.** Txagorritxu egoitzako zuzendaria. Arabako Gizarte Ongizaterako Foru Institutua (GOFI). Gizartean Esku Hartzeko Etika Batzordea.

**MARÍA ISABEL MARQUINEZ RAMÍREZ.** Txagorritxu egoitzako erizain gainbegiralea.

**EVA ITURRITXA VÉLEZ DE ELBURGO.** Soziologoa. Gizarte Zerbitzuetako Idazkaritza. Arabako Foru Aldundia. Gizartean Esku Hartzeko Etika Batzordea.

**MARÍA JOSÉ ALMARAZ RUIZ DE EGUÍLAZ.** Arabako Unibertsitate Ospitalea-Txagorritxu egoitzako Zainketa Aringarrietako Taldeko medikua. Osakidetza. Etika Asistentzialeko Batzordea.

**ALBERTO MELÉNDEZ GRACIA.** Familia-medikua. Arabako eskualdea. Etika Asistentzialeko Batzordea.

**ZURIÑE MAJUELO LEONARDO.** Psikologoa. Txagorritxu asteburuko eguneko zentro psikogeriatrikoa. AFADES.

**YANELA SAN MILLÁN GALLARDO.** AFADESeko senideentzako laguntza-taldeko psikologoa.

## BIZKAIAN

**MARÍA LOURDES ZURBANOBEASKOETXEA LARAUDOGOITIA.** Balorazio eta Orientazio Zerbitzua. Gizarte Ekintza Saila. Bizkaiko Foru Aldundia. Gizartean Esku Hartzeko Etika Batzordea.



**MATXALEN AGUILÓ PEREZ.** Zainketa aringarrietako medikua. Santurtziko San Juan de Dios Ospitalea.

**MARIA DOLORES DE LEÓN.** Gizarte-langilea. Gizarte Ekintza Saila. Bizkaiko Foru Aldundia. Gizartean Esku Hartzeko Etika Batzordea.

**M<sup>a</sup> CARMEN GONZÁLEZ VÁZQUEZ.** Barakaldoko Udaleko Oinarrizko Gizarte Zerbitzuetako langilea. Bizkaiko Gizarte Langileen Elkargoko lehendakaria.

**M<sup>a</sup> ROSA SAINZ NIETO.** Erizain gainbegiralea. Bizkortze Zerbitzua eta Minaren Unitatea. Galdakao-Usansoloko Ospitalea. Osakidetza. Etika Asistentzialeko Batzordea.

**MARIA TERESA ESTEBAN GALBETE.** Galdakao-Usansoloko Ospitaleko ZIuko erizaina. Galdakao-Usansoloko Ospitaleko Etika Asistentzialeko Batzordea.

**CARMEN LOPEZ BASTIDA.** Hirugarren Adinaren Pastoreko Idazkaritza. Bilboko Gotzaindegia.

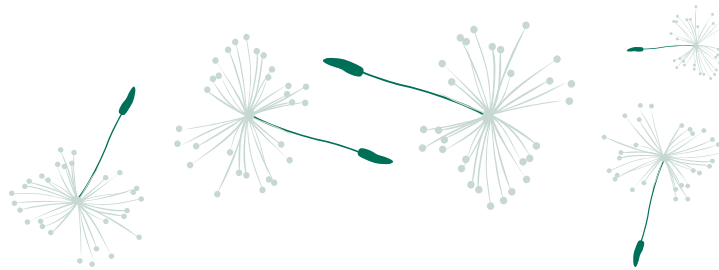
**MARISA ARIAS.** Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Erlijio Zerbitzuak. Bilboko Gotzaindegia.

**M<sup>a</sup> JOSÉ ALBIZUA MANRIQUE.** Medikua. Vitalitas Sarriko egoitza. Bilbo.

**SILI LOMBARDÍA.** Kudeatzailea. Zallako Lombardía egoitzak. Bizkaia.

**KARMELE VAREA LAHUERTA.** Medikua. Osasuna Gestionatzeko Unitatea. Bida-soako Ospitalea. Osakidetza. Etika Asistentzialeko Batzordea.

**EVELIA CANTERA SALVADOR.** Gizarte-langilea. Hurkoa Fundazioa.



## ADINEKOENTZAKO OSOKO ARRETA BIZITZAREN BUKAERAN. GOMENDIO ETIKOEN GIDA

### EDUKIAK

Gidak hiru atal ditu. **LEHEN ATALAK ERREFERENTZIA ESPARRUA** du izena eta EAEko adinekoen errealitatea eta horien heriotzaren zergatiak labur-zehatz erakustea du helburu.

**II. ATALA** bizitzaren bukaeran adinekoei arreta zuzena eta **egokia emateko gomendio etikoen gida** da. 10 puntutan egituratuta dago:

1. ALDERDI SOZIOKULTURALAK
2. ESKU HARTZEN DUTEN PROFESIONAL, ENTITATE ETA ESPARRUEN ARTEKO EGITURAZKO KOMUNIKAZIO ETA KOORDINAZIO ALDERDIAK
3. FAMILIAREN, TUTOREEN ETA GERTUKOEN ARRETA ETA PARTE HARTZEA
4. FAMILIAKO ERREFERENTE "ARDURADUNIK" GABEKO ADINEKOEN BABESA ETA ARRETA
5. ADINEKOAREN PARTE HARTZEA SUSTATU ETA AUTONOMIA ERRESPECTATZEA ASISTENTZIA PROZESUAN
6. ADINEKOEI ETA HORIEN ORDEZKARIEI INFORMAZIO OSOA, ULERGARRIA ETA JARRAITUA EMATEA
7. BEHAR PSIKOSOZIALEI ARRETA ZUZENA EMATEA
8. ESPIRITUALTASUNARI EDO ERLIJIOTASUNARI ARRETA EGOKIA EMATEA
9. JARDUNBIDE PROFESIONAL EGOKIAK DIAGNOSTIKO, ZAINKETA ETA TRATAMENDUETAN BIZITZAREN BUKAERAN
10. BALIABIDE NAHIKOAK ETA EGOKIAK

Azkenik, **III. ATALAK** agiri osagarri batzuk jasotzen ditu: **ERANSKINAK, GLOSARIOA ETA ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIA**





**ADINEKOENTZAKO  
OSOKO ARRETA**  
BIZITZAREN BUKAERAN.  
**GOMENDIO ETIKOEN GIDA**



## I. ATALA. ERREFERENTZIA ESPARRUA

### 1. EA EKO ADINEKOEN ERREALITATEA

13

Duela gutxi egindako ikerlanek (Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarte Gailetako Saila, 2011) erakutsi dutenez, Euskadiko herritarren % 21ek 65 urte baino gehiago ditu, eta horietatik % 28,6k 80 urte baino gehiago.

Adineko gehienek ez dute inolako aldaketarik izan beren bizimodu pertsonalean eta pribatuan adinaren ondorioz; bai noski bizitza sozialean, lan-jarduera uzteagatik. Horren adibidea haien etxeen osaera da: % 36,9 bikotearekin bizi da, % 35,4 bere jabetzako belaunaldi anitzeko etxeetan eta % 22,3 pertsona bakarreko etxeetan. % 2,7 soilik bizi da seme-alabaren baten jabetzako belaunaldi anitzeko etxean eta % 3,2 bestelako etxeetan bizi da. Adinak aurrera egin ahala, gora egiten du bakarrik (27,8) edo seme-alabaren baten jabetzako belaunaldi anitzeko etxeetan (% 9,4) bizi diren pertsonen portzentajeak (EJ, 2011).

Adinekoek gogobetetasun eta ongizate maila handiak dituzte. Laguntza ematen duten adinekoen eta laguntza jasotzen duten adinekoen arteko konparazio-azterketa egiten badugu, emaitzak agerian jartzen du 60 urtetik gorako pertsonen % 45,3k laguntza informalean bat ematen duela eta % 23,7k soilik jasotzen duela. Errealitate hori ezezaguna da eta gezurtatu egiten du zahartzaroari lotu ohi zaion "zama sozialaren" estereotipoa.

Euskadiko adinekoen erdiek baino gehiagok diote osasun-egoera ona edo oso ona dutela. Laurogei urtetik gorakoen artean kopuru horiek goitik behera alda-



tzen dira, ordea. Hala, % 38k soilik esaten du osasun-egoera ona edo oso ona duela eta % 19,7k balorazio negatiboa egiten du. Mendekotasun-egoeren eraginari dagokionez, euskal herritarren % 22,8k laguntza behar du eguneroko bizitzako jardueraren bat betetzeko, % 17,3k laguntzaren bat behar du oinarrizko jarduerak betetzeko eta % 17,9k laguntza behar du jarduera instrumentaletarako. 80 urtetik gorako pertsonen taldean, bi pertsonatik ia batek laguntza behar du eguneroko bizitzako jardueraren bat betetzeko.

Laguntza behar duten eta jasotzen duten pertsona guztietatik, % 74,2k senideren batengandik jasotzen du, dela laguntza bakarra dela beste laguntza batzuekin batera. Eguneroko bizitzako jarduerak betetzeko laguntza ematen duten senideetatik % 36,4 gizonezkoa da eta % 63,4 emakumezkoa. Pertsona horien batez besteko adina 59 urtekoa da. Laguntza ematen duten pertsonen % 56,2 adinekoaren seme-alaba da eta % 25,7 ezkontidea. Lau pertsonatik hiruk urteko egun guztietan edo ia guztietan jasotzen dute senidearen laguntza hori.

Ez dakigu zenbat adineko dauden legalki ezgaiturik. Horiek ere ustez mendeko pertsonak dira. Hala ere, gure lurralde historikoko tutoretza-fundazioetan eta Bizkaiko Foru Aldundiko Tutoretza Institutuan kontsultatu ondoren, badakigu Gipuzkoan 65 urtetik gorako 268 pertsona tutoretzapean daudela, Bizkaian 355 eta Araban 65 bat.

Administrazio publikoak mendekotasun-beharrak konpontzeko erabilgarri dituen baliabideei dagokienez, EAEn 60 urtetik gorako pertsonen erdiek baino pixka bat gehiagok ezagutzen dute autonomia pertsonala sustatzeari eta mendekotasun-egoeran dauden pertsonak zaintzeari buruzko Legea. Legezko ekimen horren berri ez duten pertsona gehienak emakumeak dira, laurogei urtetik gora dute, seme-alaben etxean bizi dira, landa-eremuetan, osasun-egoera txarra dute, eguneroko laguntza behar dute eta hilean 600 eurotik beherako diru-sarrerak dituzte. Hala ere, Legeak eragin zuzen-zuzena du pertsona horiengan.

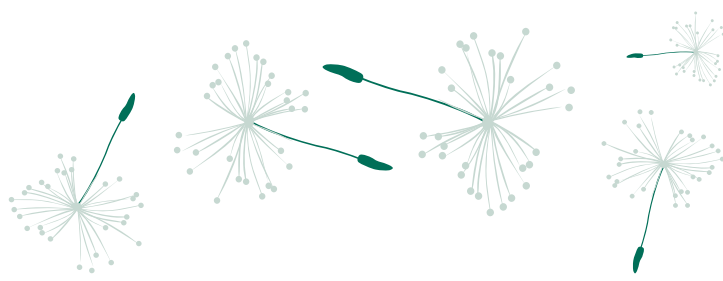
## 2. EUSKADIN 2010EAN HILDAKO 70 URTETIK GORAKO HERRITARRAK

ITURRIA: Osasun Saileko Heriotza Erregistroa.

Adinekoen bizitzaren bukaerako prozesuen ezaugarriei eta heriotzaren arrazoiei dagokienez, datu adierazgarri batzuk jaso ditugu. Gure ustez, datuok lagungarri izan daitezke adinekoak prozesu horretan zuzen zaintzeko gomendioen gida hau dagokion testuinguruan kokatzeko.

Euskadiko heriotza-tasa 1.000 biztanleko 8,9koa zen 2010ean. Sexuaren araberrako ezberdintasun batzuk zeuden, ordea, gizonezkoen artean tasa hori handiagoa baitzen.

	G	E	Guztira
<b>Heriotza-tasa 2010ean</b>	1.000ko 9,5	1.000ko 8,4	1.000ko 8,9
<b>Heriotza-tasa EUSKADIN</b>	% 51.9	% 48.1	% 100



Heriotza-tasaren gaiari gagozkiola, interesgarria da EAEn erreferentzia-denboran (2010. urtea) hildako pertsona guztiak aintzat hartzea. Hasteko, adina eta sexua izango ditugu kontuan:

**EUSKADIN HILDAKO HERRITAR GUZTIAK, ADIN-TALDEAREN ETA SEXUAREN ARABERA. 2010**

	<b>G (%)</b>	<b>E (%)</b>	<b>GUZTIRA (%)</b>
0 eta 19 urte bitartean	0.05	0.6	0.55
20 eta 39 urte bitartean	1.73	0.9	1.35
40 eta 59 urte bitartean	12.15	6.45	9.40
60 eta 64 urte bitartean	6.86	2.53	4.77
65 eta 69 urte bitartean	7.32	3.46	5.46
70 eta 74 urte bitartean	9.82	5.26	7.62
75 eta 79 urte bitartean	16.87	10.06	13.58
80 eta 84 urte bitartean	19.27	17.46	18.39
85 urtetik gora	25.39	53.13	38.72
<b>GUZTIRA</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

- Ikus dezakegunez, herritarren % 78,3 70 urte bete ondoren hiltzen da eta erdia baino gehiago (% 52,3) 80 urte bete ondoren.
- Datu horiek sexuaren ikuspegitik begiratzen baditugu, nabarmentzekoa da gizonak gazteago hiltzen direla eta adin-tarte batzuetan sexuen arteko aldeak bereziki handiak direla; adibidez, 40 eta 59 urteen artean hildako gizonen kopurua emakumeena halako bi da, eta joera horrek 75-79 urteko adin-tarteraino irauten du. Hortik aurrera, azken adin-tartean hildako gizonen kopuruak behera egiten du eta emakumeenak gora; izan ere, emakume gehienak hiltzeko adina 85 urtetik gorakoa da. Oro har, esan daiteke emakumeen % 70,6 80 urtetik aurrera hiltzen dela.

70 urtetik gorako adinekoen bizitzaren bukaerako prozesuen ezaugarriari eta heriotzaren arrazoiei dagokienez, datu adierazgarri batzuk jaso ditugu. Gure ustez, datuok lagungarri izan daitezke adinekoak proz esu horretan zuzen zaintzeko gomendioen gida hau dagokion testuinguruan kokatzeko.



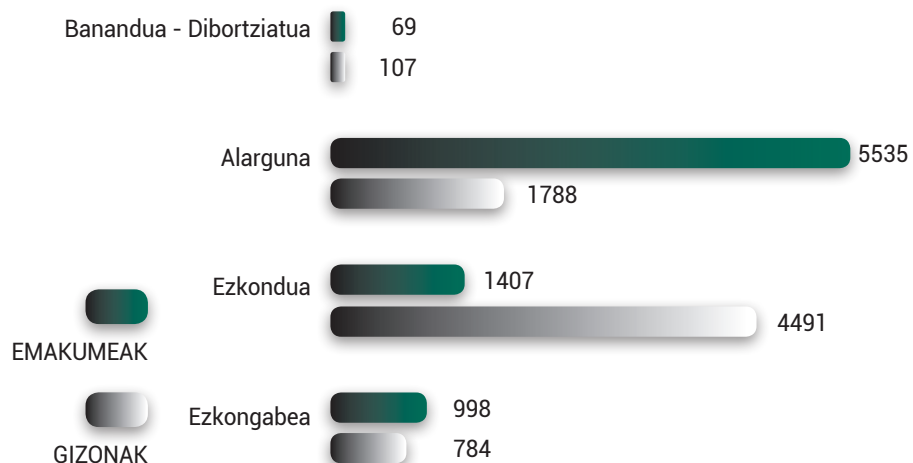


Euskadin 2010ean hildako 70 urtetik gorako herritarrak hildako guztien % 78,41 izan ziren.

Sexuaren aldagaiari erreparatuta, ohartuko gara adin horretan emakumeen heriotza-tasak gora egiten duela eta joera aldatu egiten dela: hildakoen % 52,8 emakumezkoa da eta % 47,2 gizonetzkoa.

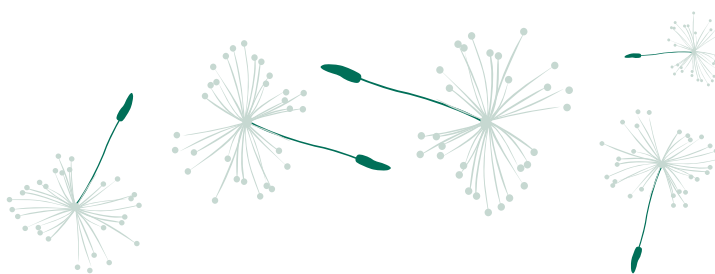
Datu orokorretan ikusi dugunez, gizonak gazteago hiltzen dira eta emakumeen bizi-itxaropena handiagoa da oraindik.

### EUSKADIN HILDAKO HERRITARRAK, EGOERA ZIBILAREN ETA SEXUAREN ARABERA. 2010



Gizonak lehenago hiltzen direla agerikoa da atal honetan aintzat hartu ditugun adin-tarte guztietan. Hala, gizonen heriotza-tasak ia bikoiztu egiten du emakumeena lehen bi adin-tarteetan, handiagoa da oraindik 80-84 urteko adin-tartean eta erabat alderantzikatzen da 85 urtetik aurrera, adin horretan heriotza-tasa erabat makurtzen baita emakumeengana; izan ere, emakumeen % 61,8 85 urte baino gehiago dituela hiltzen da.

Hildakoen egoera zibilar dagokionez, azpimarratzekoa da hildako gizonen artean nagusi direla ezkonduak (% 62,7) eta hildako emakumeetatik gehienak alargunak direla (% 69,1).



**EUSKADIN HILDAKO 70 URTETIK GORAKO HERRITARRAK, HERIOTZAREN OINARRIZKO ARRAZOIAREN (GAIXOTASUN-TALDE HANDIAK) ETA SEXUAREN ARABERA. 2010**

GAIXOTASUN TALDEA	G	%	E	%	GUZTIRA	%
Gaixotasun infekziosoak eta parasitarioak	99	1.4	117	1.5	216	1.4
Tumoreak eta neoplasiak	2327	32.4	1489	18.6	3816	25.2
Odol-gaixotasunak, hematopoietikoak eta immunitate-arazoak	24	0.3	54	0.7	78	0.5
Gaixotasun endokrinak, nutrizionalak eta metabolikoak	229	3.2	356	4.4	585	3.8
Buru- eta portaera-nahasmenduak	327	4.5	754	9.4	1081	7.1
Nerbio-sistemako gaixotasunak	336	4.5	664	8.3	1000	6.6
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	2190	30.5	2753	34.5	4943	32.6
Arnas sistemako gaixotasunak	828	11.5	699	8.7	1527	10.0
Digestio-sistemako gaixotasunak	305	4.3	345	4.3	650	4.3
Sistema osteoartikularreko eta ehun konektiboko gaixotasunak	47	0.7	129	1.6	176	1.2
Sistema geniturinarioko gaixotasunak	157	2.2	233	2.9	390	2.6
Sintoma, zeinu, aurkikuntza kliniko anormalak	119	1.7	242	3.0	361	2.4
Traumatismoak eta pozoidurak	164	2.3	147	1.8	311	2.0
Beste batzuk	18	2.5	27	0.3	45	0.3
<b>GUZTIRA</b>	<b>7170</b>	<b>100</b>	<b>8009</b>	<b>100</b>	<b>15179</b>	<b>100</b>

Heriotzaren arrazoi nagusiarri dagokionez, esan daiteke oro har hildako herritar guztien joera berdina mantentzen dela 70 urtetik aurrera. Hala ere, ñabardura batzuk daude.

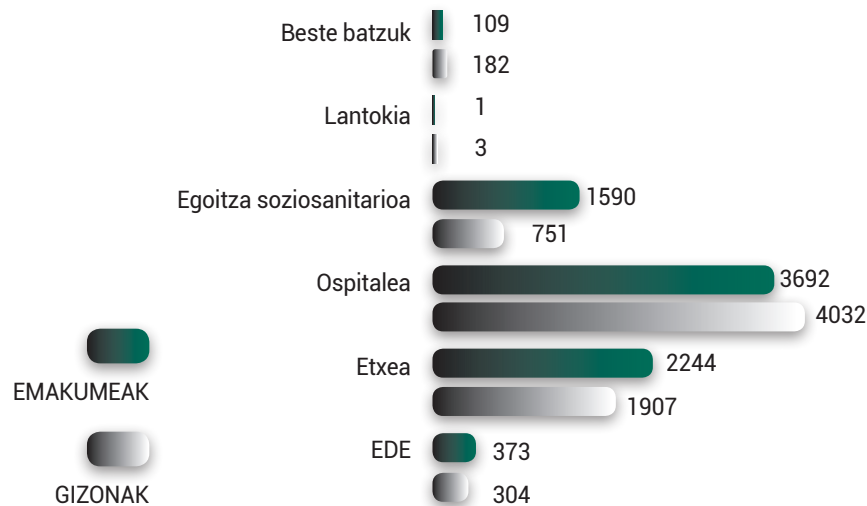
Adibidez, tumore eta neoplastien ondorioz hildako herritarren portzentajeak pixka bat behera egiten du. Hala, gaixotasun horien eraginez 70 urtetik gorako pertsonen % 25,2 hiltzen da, eta oro har, herritarren % 31,2.

Gaixotasun horien ondorioz hildako gizonak (% 32,4) gehiago dira emakumeak baino (% 18,6).

Aitzitik, adin-tarte horietan gora egiten du zirkulazio-sistemako gaixotasunek eragindako heriotza kopuruak, bai gizonetan bai emakumeen artean. Emakumeetan, gainera, heriotzaren arrazoirik ohikoena da.

Azpitarratzekoa da, orobat, buruko gaixotasunek eta portaerari lotutakoek gorakada handia dutela, baita nerbio-sistemako gaixotasunek ere. Hazkunde hori nabarmenagoa da emakumeen artean, ziur aski emakume zahar gehiago daudelako eta, ondorioz, hil aurretik horrelako narriadurak izaten dituztelako. Bestalde, arnas sistemako gaixotasunen hazkunde txikia dago, nabariagoa hildako gizonen artean.

**EUSKADIN HILDAKO 70 URTE BAINO GEHIAGOKO BIZTANLERIA HERIOTZE LEKUA ETA SEXUAREN ARABERA. 2010**



2010ean hildako pertsonen erdiak ospitaleetan hil ziren, baina datu bitxia da ospitaleetan hildako gizonen portzentajea (% 56,1) emakumeena (% 46,1) baino 10 puntu handiagoa dela.

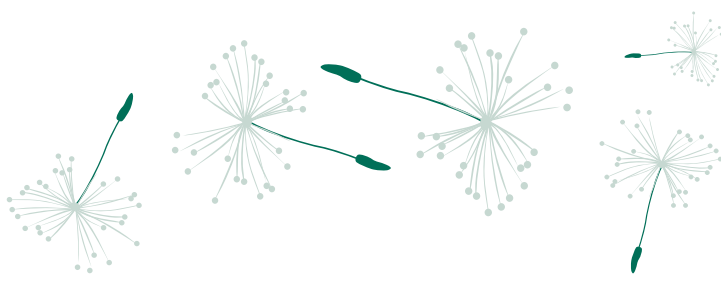
70 urtetik gorako herritarren laurdena baino pixka bat gehiago (% 27,3) etxean hiltzen da, herritar guztien portzentajea baino puntu bat gehiago (% 26,7). Gehiago dira etxean hiltzen diren emakumeak, baina ez dago alde handirik gizonetik.

Egoitza soziosanitarioetan hiltzen diren pertsonen portzentajeak ere gora egiten du datu orokorrekin alderatuta: % 12,6tik % 15,4ra igotzen da 70 urtetik gorakoen artean. Eta hortxe dago alde nabarmena sexuen artean, bai heriotza kopuru orokorrak bai 70 urtetik gorakoena aintzat hartuta, azken hauen artean aldea nabariagoa bada ere: emakumeen ia % 20 hiltzen da egoitza soziosanitarioetan, alegia gizonetzkoak halako bi (% 10,5). Pentsatzekoa da ezberdintasun horren arrazoietako bat, berriz ere, emakume zahar gehiago egotea dela eta, horren ondorioz, adin horretan narriadurak izaten dituztela, alargunak direla eta abar.

**EUSKADIN HILDAKO 70 URTETIK GORAKO HERRITARRAK, NAZIONALITATEAREN ETA SEXUAREN ARABERA. 2010**

	G	E	GUZTIRA
Espainia	7145	7983	15128
Europako gainerako herrialdeak	14	15	29
Afrika	1	2	3
AEB	4	0	4
Hego Amerika	3	6	9
Txina	1	0	1
Australia	2	2	4
EDE	0	1	1
<b>GUZTIRA</b>	<b>7170</b>	<b>8009</b>	<b>15179</b>

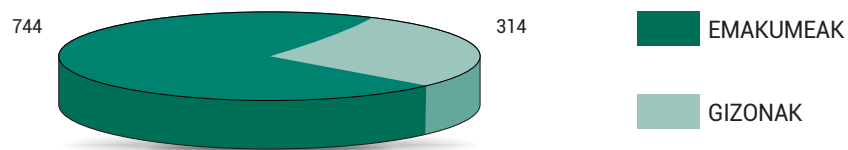
Hildako 70 urtetik gorako atzerriko herritarren portzentajea oso txikia da, % 0,3koa, espainiar nazionalitatea duten herritarren ehunekoarekin alderatuta.



**EUSKADIN HILDAKO 70 URTETIK GORAKO HERRITARRAK, HERIOTZAREN OINARRIZKO ARRAZOIAREN (GAIXOTASUN-TALDE HANDIAK) ETA HERIOTZA-LEKUAREN ARABERA. 2010**

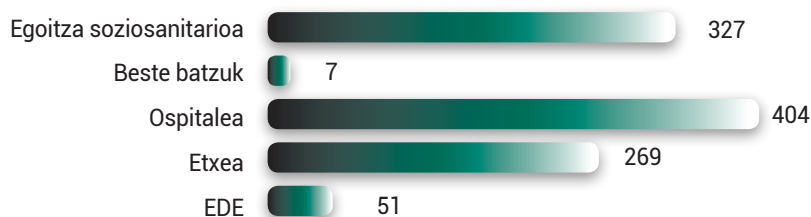
GAIXOTASUN TALDEA	EDE	ETXEA	OSPITALEA	EGOITZA SOZIOSANITARIOA	LANTOKIA	BESTE BATZUK	GUZTIRA
Gaixotasun infektzioak eta parasitarioak	8	23	163	22			216
Tumoreak eta neoplasiak	145	1048	2313	297		13	3816
Odol-gaixotasunak, hematopietikoak eta inmunitate-arazoak	5	23	31	19			78
Gaixotasun endokrinoak, nutrizionalak eta metabolikoak	21	221	225	111		7	585
Buru- eta portaera-nahasmenduak	52	275	414	333		7	1081
Nerbio-sistemako gaixotasunak	48	330	304	311		7	1000
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	231	1501	2305	796	4	106	4943
Arnas sistemako gaixotasunak	78	312	900	227		10	1527
Digestio-sistemako gaixotasunak	19	70	517	41		3	650
Sistema osteoartikularreko eta ehun konektiboko gaixotasunak	5	43	113	15			176
Sistema genitourinarioko gaixotasunak	20	69	252	47		2	390
Sintoma, zeinu, aurkikuntza kliniko anormalak	26	170	47	99		19	361
Traumatismoak eta pozoidurak	12	59	108	15		117	311
Beste batzuk	7	7	23	8			45
Guztira	<b>677</b>	<b>4151</b>	<b>7715</b>	<b>2341</b>	<b>4</b>	<b>291</b>	<b>15179</b>

**EUSKADIN HILDAKO 70 URTE BAINO GEHIAGOKO BIZTANLERIA, DEMENTZIA DELARIK BERARIAZKO ZERGAITA ETA ETA SEXUAREN ARABERA. 2010**



Azkenik, hildako 70 urtetik gorako pertsonen % 6,9 dementziaren ondorioz hiltzen da, heriotza-ziurtagirian zehazten denez, iturri horretatik ateratzen baitira datu hauek.

**EUSKADIN HILDAKO 70 URTE BAINO GEHIAGOKO BIZTANLERIA, DEMENTZIA DELARIK BERARIAZKO ZERGAITA ETA HERIOTZE LEKUAREN ARABERA. 2010**







**ADINEKOENTZAKO  
OSOKO ARRETA**  
BIZITZAREN BUKAERAN.  
**GOMENDIO ETIKOEN GIDA**



## II. ATALA GOMENDIOAK

### 1. ALDERDI SOZIOKULTURALAK

21

Heriotzaren gaiari heltzeko, egungo zailtasun soziokulturala dugu abiapuntu. Batzuen ustez, heriotza gure gizartearen tabu nagusia da (Wargner, 1999; Gafo, 1996; Obando,). Bestalde, azken hamarkadetan garatutako medikuntza zientifikoaren ereduak hala eraginda, heriotza osasunaren alorreko profesionalen eta erakundeen porrota balitz bezala ulertzen da, haien helburua heriotza "menderatzea" baita (Callahan, 2000).

Osakidetzak duela gutxi zainketa aringarrietako profesionalen prestakuntza-beharrei buruz egindako txosten batek (Osakidetza, 2010) honako hau dio bere konklusioetan, hitzez hitz: "Nabarmenezkoa da heriotzaren ukapena errealitate klinikoan, heriotza borrokatu beharreko porrotzat edo ikusi nahi ez den hondamenditzat hartzen baita (kasu batzuetan honengatik: "niregan eragin handia duelako"). Heriotza errealitatetzat hartu beharrean arazotzat hartzeak, heriotzari uko eginez eta sendatzearen fantasia sorraraziz, prozesuak iraunarazi egiten ditu eta senideen sufrimendua ez ezik osasun-profesionalena ere biderkatu egiten du".

Heriotza tabua eta porrota balitz bezala bizitzearen ondorioz, ondo hiltzea azkar eta kontzientziarik gabe hiltzea da, eguneroko bizitzatik urrunduta eta horren eragin emozionalek pertsonengan eta gizarte-taldeetan ahalik eta eragin txikiena dutela.

Egoera horrek arazo handiak sorrarazi ditu jendea behar bezala hiltzeko, ordea. Hona hemen:

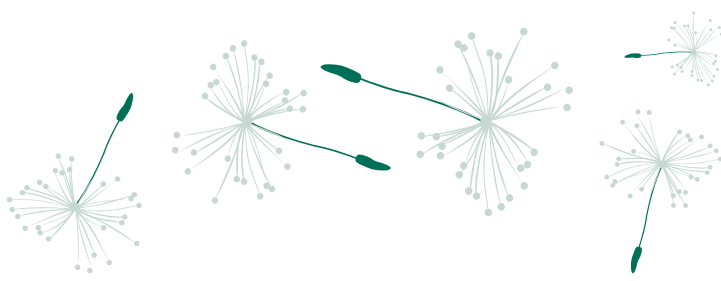


- Pertsonak beren errealitatetik, ingurutik, pertsona esanguratsuengandik... urrun hiltzen dira.
- Bizitzaren bukaeran zailtasunak daude komunikatzeko eta, ondorioz, gauzak adierazteko eta erabaki partekatutako hartzeko.
- Ez dago behar beste baliabide pertsonari osoko arreta zuzena emateko; arazo hori bereziki larria da terminaltasun-prozesuak luzatzen direnean, hala nola adineko askoren kasuan, horien heriotza prozesu kroniko luzeen ondorioa izaten baita.

Adinekoek heriotza egokia izateko baldintza soziokulturalak hobetzeko helburuz, honako gomendio hauek proposatzen ditugu:

- Heriotzari eta hiltzeari buruzko prestakuntza-programak bultzatzea hainbat etapa eta lekutan: ikastetxeetan, adinekoentzako kultura- eta aisia-programetan, elkartze-mugimenduan...
- Programa psikosozialak eta prestakuntzakoak, profesionalek lagunduta, adinekoen bizitzaren bukaeran arretak eragiten dituen ziurgabetasunari eta inpaktu emozionalari aurre egiteko eta horiek bideratzeko.
- Herritarrei zainketa aringarrietako osasun- eta gizarte-baliabideei buruzko informazioa ematea.
- Aurretiazko borondateen agiria egiteko prozedura berrikusi, ezagutarazi eta erraztea gizartearen eta osasunaren arloetan.
- Sentsibilizazio soziala pertsonen eta, bereziki, adinekoen bizitzaren bukaeran dituzten autonomia-eskubideei buruz.
- Etika Batzordeak ezagutarazi eta horien sarbidea erraztea, bizitzatik irteteko prozesuarekin zerikusia duten erabakietan kalitatea hobetzeko proposamenak egiteko baliabideak diren aldetik.
- Lanetik libratzeko eta lana malgutzeko politiketan aurrera egitea, mendeko pertsonak zaindu ahal izateko.
- Adinekoen zaintzaileentzako programa erraz eta praktikoak garatzea, bizitzaren bukaeran osoko laguntza emateko.





## 2. PROFESIALEN ETA SISTEMEN ARTEKO EGITURAZKO KOMUNIKAZIO ETA KOORDINAZIO ALDERDIAK SISTEMA BAKOITZEKO ESPARRU ETA MAILA GUZTIENTANTAN

Prozesu terminaletan dauden adinekoak, gehienetan, mendekoak eta pluripatologikoak dira. Hori dela eta arreta handia behar izaten dute beren familiarik eta zain-tzaileengandik, eta zenbait arreta-sistema (gizarte- eta osasun-zerbitzuak) eta sistema bakoitzaren barruan zenbait arreta maila (komunitatekoa edo espezializatuak) erabiltzen dituzte. Ez da harrizkoa, beraz, une jakin batzuetan hainbat profesionalekin eta arreta-ereduekin harremanetan egotea. Adibidez, komunitateko oinarriko gizarte-langile bat eta gizarte-zerbitzuetako zentro espezializatu bat (egoitza bat edo eguneko zentro bat); lehen mailako arretarako osasun-talde bat, zenbait espezialista eta ospitaleratze batzuk gertakari akutuetan; edo baita zenbait mediku, erizain edo beste profesional batzuk ere, hainbat plangintza eta jarduera garatzeko.

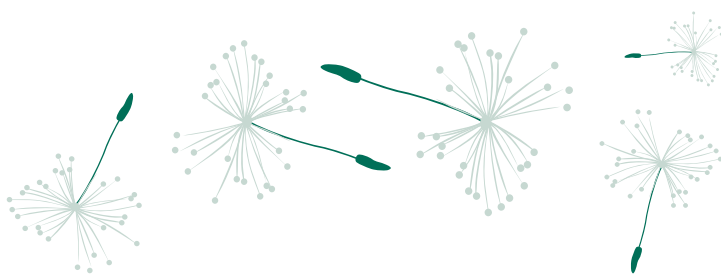
Gauzak horrela, ohikoa da sistema eta profesional bakoitzak bere ereduaren arabera proposatzea esku hartzeko helburuak: gizarteratze maila hobetzea, gaixotasun fisiko edo psikiko batzuen desorekatze-arriskuak gutxitzea, senideei zainketa erraztea, sistema eta koadro akutu eta kritikoak kontrolatzea, erosotasuna handitzea, autonomia funtzionala edo erabakitzeak handitzea, mendekotasun maila baloratzea eta abar.

Jakina, asistentzia-planen artean koordinaziorik ez izatea arriskutsua eta kaltegarria izan daiteke adinekoarentzat, baita nahasgarria ere berarentzat eta senideentzat. Ez da komeni koordinazioa esku hartzen duten profesionalen konpromisoen mende egotea. Gure iritziz, ereduak, egiturak eta tresnak sortu behar dira, bizitzaren bukaeran dauden adinekoen zaintzan arazo larriak eragiten dituzten deskoordinazio-egoerak saihesteko. Helburu horrekin, honako gomendio hauek proposatzen ditugu:

- Esku hartzen duten tresna eta zerbitzuen araudia berrikusi eta profesionalen eta esku hartzeko esparruen arteko koordinazioa eragozten duen aplikazioa aldatzea, horiek adinekoen historia klinikoan eta sozialean sarbide izan dezaten.
- Adinekoarekin edo haren ordezkariarekin esparru bakoitzeko intimitatea eta konfidentzialtasuna errespetatzeko zirkuluak hitzartzea. Gogoan izan behar dugu informazioa pertsonarena berarena dela, eta ez erakundeena edo administrazioarena, eta pertsonak edo bere ordezkariak erabaki behar duela kasu bakoitzean zer profesionalak edo eragilek ezagutuko duten informazio hori.
- Osasun- eta gizarte-esparruak koordinaturik, egoera ahulean dauden adinekoekin eta egoera jakin batzuetan (dementia aurreratuak, bazterketa-egoerak...) jarduteko gidak egitea.



- Adinekoen zainketan esku hartzen duten gizartearen eta osasunaren arloetako profesional guztiei informazioa ematea zainketa aringarrietako baliabideei buruz eta lurralde edo eskualde bakoitzean bideratzeko prozedura eta irizpideei buruz.
- Profesionalen eta esku hartzeko esparruen arteko koordinazioa eragozten duen araudia aldatzea, adinekoen zainketan esku hartzen duten profesionalak adinekoen historia klinikoan eta sozialean sarbide izan dezaten.
- Historia asistentzialerako tresna bakarra erabiltzea, "mendeko" adinekoen elementu klinikoak eta sozialak barruan hartzeko eta aldagai, adierazle eta ezaugarri esanguratsu guztiak protokolo bidez jasotzea errazteko, zaindutako pertsona bakoitzaren osoko arretari begira.
- Zainketa-plana egin eta, esku hartuko duten eragileak zehaztu ondoren, ebolutiboaren informazio partekatua eskuratzeko bidea argi eta garbi finkatzea, baita, gaixotasunaren prozesuak aurrera egin ahala, plana aldatzeko prozedura ere.
- Zainketa-plan bakarra egin eta partekatzea osasunaren eta gizartearen esparruetan eta esparru bakoitzaren maila guztietan, eta plana jarraitua eta etengabea izatea, esku-hartze asistentzial kontraesankorrik ez egoteko.
- Terminologia eta irizpide berberak erabiltzea fase terminala eta zainketa aringarriak bideratzeko.
- Gizartearen eta osasunaren arloetako alderdi berak baloratzeko tresna berak erabiltzea, batez ere asistentzia-eredua zainketa aringarrietakoa izango dela erabakita dagoenean.
- Zainketa aringarrietako aholkulari-talde soziosanitarioak ezartzea kasuen balorazioa egiteko eta zainketa-plana zehazteko.
- Asistentzia-plana zainketa aringarrietakoa izango dela eta helburua adinekoa ondo hiltzea dela erabakita dagoenean, esku hartuko duten gainerako eragileen jarduerak koordinatuko dituen erreferentziazko profesionala nor izango den erabakitzea erabiltzailearekin eta/edo horren ordezkariarekin.
- Zainketa aringarriak filosofia bat edo arreta-eredu bat direla eta horien helburua adinekoari bizitzaren bukaeran arreta geriatrikoa eta gerontologikoa ematea dela ulertzea.
- Baliabide-gida errazak egitea, "mendeko" edo narriadura handia duen adinekoak eskura ditzakeen osasunaren eta gizartearen arloetako prestazio guztiak ezagutarazteko.



### 3. FAMILIAREN, TUTOREEN ETA GERTUKOEN ARRETA ETA PARTE HARTZEA.

Zainketa aringarrien aplikazioak, berez, familia eta gertukoak arreta-planean sartzea eta parte-hartzea eskatzen du, alde batetik arretaren hartzaile gisa, eta bestetik gaixo terminalak ongizatea izateko funtsezko baliabideak diren aldetik. Jakinekoa da gaixo terminalen senideek luzaroan ikusten dutela beren ahaide maitearen hondamen geldia baina etengabea, eta jokaera eta egoera estresagarriak jasaten dituztela. Horrek ahalegin handia eskatzen die eta litekeena da erabat ahituta bukatzea. Hori dela eta, nahitaezkoa da familiarekin edo gertukoekin esku-hartze egokia izatea; izan ere, haiek dira zaintzaile nagusiak eta haien esku dago, hein handi batean, ahaide maitearen ongizatea eta egonkortasun emozionala.

Bai literaturan, bai maila praktikoan, mendeko adinekoei bizitzaren bukaeran arreta emateko leku terapeutikorik egokienari buruzko eztabaida agertzen da. Adinekoko etxean bizi bada, familiaren laguntza duten pertsonentzat etxea izango da leku egokia, lehen mailako arretako, etxeko ospitalizazioko eta zainketa aringarrietako taldeek lagunduta, haiek behar bezala trebatuta baitaude egoera terminaleko gaixoei arreta ematen.

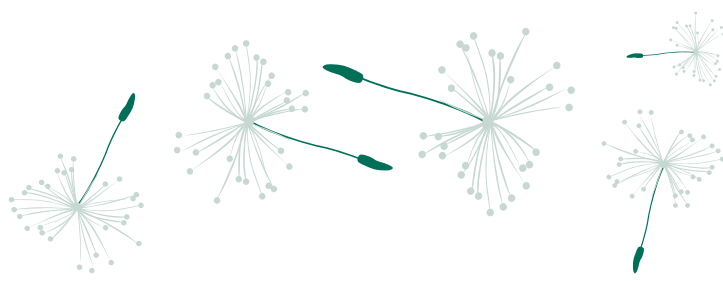
Egoera zailagoa da adinekoak dementzia badu, eta zenbat eta aurreratuago egon gaixotasuna, are handiagoa izango da zailtasuna. Maiz zaintzaile nagusi bat egoten da. Horri laguntza fisikoa, ekonomikoa eta emozionala eman behar zaio, baita erabakiak hartzeko ere. Gaixo bereziki konplexu baten zainketa luzeak eskatzen duen gainkarga fisikoak eta psikikoak "zaintzailearen sindrome" deritzona eragin dezakete. Horren ezaugarriak dira suminkortasuna eta oldarkortasuna, "gainkargaren" sententzia, isolamendu soziala, ohiko jarduerak galtzea etab. Egoera horrek luzaroan irauten badu, arazo larriak eragin ditzake, hala nola insomnioa, depresioa eta zainketari eusteko automedikazioa handitzea, eta azken buruan, zaintzaileak ongizatea galtzea.

Familiaren nekeak edo gaixoaren sintomek hala eskatzen dutenean, aukerarik onena dementzia aurreratua duten gaixoentzako zainketa aringarrietan espezializatutako unitate batean sartzea izan liteke, eta azkenean, posible balitz, etxera itzultzea. Jakina, hori egoera ideala da, baina ez da beti bideragarria izaten; izan ere, ohean dagoen gaixo baten asistentzia-beharrak ezin ditu pertsona edo zaintzaile bakar batek bete. Ondorioz, ezinbestekoa da etxer etxeko laguntza jasotzea eta, komunitateko gizarte-laguntzako sistema hobetzerik ez badago, gaixoa egoitza batean sartzea.

Ezadostasuna hauxe da: non sartu behar da gaixoa, nonbait sartu beharra badago? Gizarte-zerbitzuen mendeko adinekoen egoitzetako profesionalen ustez, adinekoak ospitaleetako unitate edo zerbitzuetara eramateak, bertan hiltzeko, sekulako egokitze-ahaleginak eskatzen dizkie beraiei eta senideei. Bestalde, ezin dugu ahaztu kasu batzuetan osasun-baliabiderik ez dagoela eta gizarte-zerbitzuetako profesional batzuek ez dutela behar besteko prestakuntza espezializatua gaixoen bizitzaren bukaeran zainketen osoko plangintza egin eta gauzatzeko.

Egoera zail horren aurrean, kontuan izan behar dugu adinekoa duintasunez eta erosotasunez hiltzeko ezinbestekoa dela senideei eta/edo tutoreei arreta egokia ematea eta adinekoaren bizitzaren bukaerako zainketa eta esku-hartzeen inguruko erabakietan gertukoek parte hartzea. Hori lortzeko, honako gomendio hauek proposatzen ditugu:

- Familiaren beharrak aztertu eta betetzea, batez ere etxean diharduten zaintzaileenak.
- Familiako zaintzaileei laguntzeko programak garatu eta sustatzea, batak bat elkartze-mugimenduaren bidez, zaintzaileek atsedenaldua eta aisialdia izan ditzaten. Horretarako, lagungarri izan dezaketen baliabideei buruzko informazioa ematea (zaintzaileentzako programak, etxez etxeko laguntza, zaintzaileak atsedent hartzeko gaixoaren egonaldia...).
- Senideen emozio-adierazpena eta senideen eta adinekoaren arteko komunikazioa erraztea, "isiltasunezko konspirazioak", paternalismoa, infanlizazioa eta adinekoak erabakietan parte hartzea eragozten duten antzeko egoerak saihesteko.
- Ordezkaritzako erabakiak hartu behar dituen trebatu, lagundu eta orientatzea, erabakiak gaixoaren balio eta nahiekin bat etor daitezten.
- Familia bakoitzean talde profesionalarekin harremanetan egongo den solaskidearen izendapena sustatu eta erraztea, adinekoen zainketan eta erabakietan garrantzitsuak izan daitezkeen gainerako pertsonen parte-hartzea baztertu gabe.
- Zainketan esku hartzen duten pertsona guztien inplikazioa eta erantzukizunak finkatzea: senideak, etxez etxeko arretako profesionalak, zaintzaile formalak, gizarte-langilea...
- Familiaren doluan ere arreta ematea.
- Familiari laguntzeko, sor litezkeen eskaera eta beharrei jarraitutasunez eta prestasunez erantzutea.
- Dinamika eta arau argi eta malguak ezartzea, adinekoa bere bizitzaren bukaeran egoitza batean sartzen denean haren familiak eta tutoreek bertan izateko eta zainketan parte hartzeko aukera izan dezaten.



#### 4. FAMILIAKO ERREFERENTE "ARDURADUNIK" GABEKO ADINEKOEN BABESA ETA ARRETA

Adineko batzuek ez dute familiarik, gertukorik eta/edo tutorerik beren bizitzaren bukaerako egoera ahulean zaindu edo babestuko dituenik. Badakigu Euskadin fundazio edo tutoretza-erakundeen tutoretzapeko 550 lagun daudela. Baina askoz gehiago dira, gaitasuna aldatzeko legezko prozesua egin gabe ere, erakunde-  
ren baten babespean daudenak, haien ongizateaz arduratuko den gertukorik ez dutelako.

Kasu horietan, gizarte-zerbitzuetako sistema arduratzen da pertsona horien eskubideak bermatzeaz, behar fisikoak eta osasunekoak betetzeko behar diren zainketak bermatuz.

Zailtasunik handiena, ordea, behar emozionalak eta espiritualak betetzea da, baita autonomiarekiko errespetua ere, beraien bizitzaren bukaerako zainketen inguruko erabakiak hartzeko kontuan izan beharreko balio eta irizpideak ezagutzeko dugun erreferentzia bakarra adinekoak berak emandakoa baita. Egoera horien ondorioz abandonua eta bakardadea gertatzea saihesteko, honako gomendio hauek proposatzen ditugu:

- Familiarik eta ordezkariarik ez duten adinekoen gizarte- edo osasun-larrialdietarako prozedura abian jarriko duen protokoloa sortzea, bereziki jarduteko gaitasuna mugatua duten adinekoen kasuan.
- Boluntarioritza garatzeko programak bultzatzea, bizitzaren bukaerako behar psikosozialak beteko dituzten harreman pertsonalizatuen ereduetan oinarrituak.
- Kasuan-kasuan erabakitzea nork lagundu eta ordezkatuko duen adinekoa, familiarik eta gertuko "arduradunik" ez badu eta bizitzaren bukaeran ahulezia- edo sufrimendu-egoerak jasan baditza.
- Pertsona horiek toki, zerbitzu eta erakunde batetik bestera etengabe lekualdatzen ibil daitezzen saihestea. Horretarako, irizpide ekonomikoak eta osasunekoak ez ezik, haien beharrak betetzea ere kokatzeko irizpide gisa erabiltzea.

## 5. ADINEKOAREN PARTE HARTZEA SUSTATU ETA AUTONOMIA ERRESPESTATZEA ASISTENTZIA PROZESUAN

Arazo pertsonalen konplexutasuna eta zalantzezko etorkizuna alde batera utzita, autonomia oinarrizko giza eskubidea da eta hori errespetatzeak funtsezko balio etikoa izan behar du gizartearentzat eta osasunaren edo gizartearen arloetako esku-hartze asistentzialetan. Orain arte eta mende askotan zehar, medikuntzaren helburu nagusia gaixotasunaren eta dagozkion sintomen aurkako eraginkortasunik handiena lortzea izan da. Baina giza eskubideak gaixoengan aplikatzen direnetik beste era batera ulertzen dira helburu klinikoak eta asistentzialak.

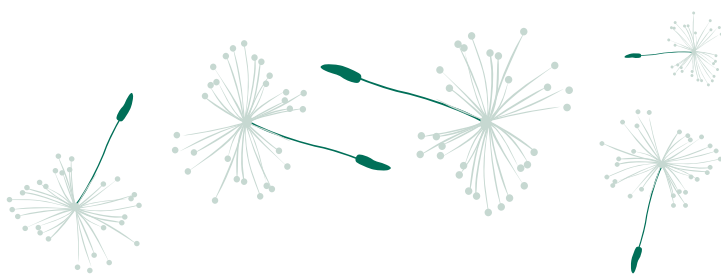
Orain, helburu nagusia ez da "gaixotasuna garaitzea", baizik eta pertsonari ahalik eta laguntzarik handiena ematea. Pertsona horrek, aurre egin beharreko gaixotasuna ez ezik, errespetatu beharreko balioak ere baditu. Berak, eta ez bere egoera patologiko objektiboak, legitimatuko du jasoko duen laguntza eta mugatuko du jaso nahi ez duena (Kataluniako Bioetika Batzordea, 2010). Zainketa aringarrien funtsezko balioa, hasiera-hasieratik, gaixoari bere zainketari buruzko erabakiak hartzeko aukera ematea izan da. Horretarako informazio argia eta nahikoa eman behar zaio, baita askatasunez eta erantzukizunez erabakitzeko behar dituen baliabideak ere.

Kontzeptu hori duela gutxi barneratu da "pertsonarengan oinarritutako zainketaren" ereduari. Gaur egun, gizartearen eta osasunaren arloetako sistema asko ari dira eredu hori praktikan jartzen, arreta gaixoaren balio eta lehentasunei erantzuna emateko egituratu beharra dagoelakoan.

Gaixoarengan oinarritutako zainketak haren balio eta lehentasunekiko errespetua hartzen du barne, informazio argia eta ulergarria ematen du, erabakiak hartzeko autonomia sustatzen du eta erosotasun fisikoa eta emozionala eman beharra onartzen du.

Errealitateak erakusten digu defizit handia dagoela adinekoek beren bizitza, osasuna eta asistentzia kudeatzeko behar duten autonomia sustatu eta errespetatzeari dagokionez. Agian, adineko askok arreta-eredu paternalistan oinarritutako heziketa jaso dute eta ez dute parte hartu edo erabaki nahi. Baina egia da, orobat, erabakietan parte hartzea eragozten duten hainbat oztopo daudela: hizkuntza zaila, informazioa egokituta jasotzeko eta emateko denbora gutxi, prestazio bat jasotzeko prozedura eta eskakizun konplexuak, adinekoak gaitasunik gabeko pertsona gisa hartzea eta, batez ere, arreta ematen dieten profesionalak beraien balioak ez ulertzea. Oztopo horiek gainditze aldera, honako orientazio eta gomendio hauek proposatzen ditugu:

- Adinekoen gaitasun autonomoa zuzen baloratzea eta bizitzaren bukaerako zainketen inguruko erabakietan parte hartzeko edo ez hartzeko gogoia errespetatzea (ikus 1. eranskina).
- Gaixoak ezerosotasun larria edo sufrimendua jasaten badu, ez dugu bera gogaitu behar haren gaitasuna baloratzeko prozedura konplexuekin. Zainketa aringarrietarako protokoloen arabera, gaixoa hilzorian badago edo



egoera horretatik gertu, guztiz kaltegarria da testak edo gaitasun-probak egitea.

- Ez da nahastu behar erabakitzeko gaitasuna narriadurarekin, ezta ezgaitasuna narriadura kognitiboarekin ere. Pertsona baten gaitasunak zerikusia du borondatearekin, informazioa ulertzearekin eta balio pertsonalen araberako erabakiak hartzearekin.
- Adinekoaren balioak jasotzeko tresnak eta erregistroak sortzea dokumentazio klinikoaren eta historia sozialaren atal batean, batez ere bizitzaren bukaerako zainketen plangintza zehazteko balio dezaketenak.
- Gaixoak bere zainketaren inguruko erabakietan parte hartzeko duen gaitasuna nabarmen murriztuta badago edo parte hartu nahi ez badu, adinekoarekin berarekin aukeratzea zer senidek edo ordezkariak erabaki behar duen berak zehaztu nahi ez duen edo ezin duen kontuetan.
- Pertsonaren autonomia murriztuta badago, egiaztatzea ez dela informazioz ezaren ondorioz edo haren askatasuna kanpoko eragileren batek mugatu izanaren ondorioz. Eta arrazoi horietako baten ondorioa bada, gaixoari erabakitzeko gaitasuna hobetzeko baliabideak ematea.
- Bizitzaren bukaeran burujabetasuna eragozten duten kanpoko eta barruko era gileak aurkitu eta, ahal den neurrian, kentzea: mina eta bestelako sintoma fisikoak, antsietatea, depresioa...
- Familiak eta/edo tutoreek adinekoaren erabakietan protagonismo handiegia saihestea, honako kasu hauetan: adinekoaren baimenik ez badute, gaixoaren eta zainzaileen arteko interes kontrajarriak badaude, edo ordezkariak ezagutza edo gaitasun nahikorik ez badu erabakiak hartzeko.
- Aurreko kasuan, adinekoari desorientazioa, nahasmendua, estutasuna... edo sufrimendua adierazten duten bestelako sintomak saihesteko orientabidea eta informazioa ematea.
- Familiari eta/edo tutoreari adinekoaren zainketari buruzko erabakiak hartzen laguntzea, egoera zailenetan informazioa eta laguntza emozionala emanaz.
- Gaixoaren historian eta zainketen plangintzan datu pertsonalak eta sozialak, gustuak, ohiturak... eta zainketa pertsonalizatuagoa errazteko balio dezaketen bestelako informazio pertsonalak sartzea.
- Gaixoa kontuan hartuko duten inguruneak eta asistentzia-ereduak bultzatzea, haren zainketari dagozkion erabakietan eta nahi eta ahal duen alderdi guztietan parte-hartzea sustatuko dutenak.
- Profesionalen artean adinekoen gaitasuna garatzeko balio duten harreman-estiloak sortzea, nagusitasuna eta urruntasuna, infantilizazioa edo paternalismoa adierazten duten jarrerak saihestuz, jarrera horiek harreman zuzena eta informazio etengabea eragozten baitituzte.
- Gizartearen eta osasunaren arloetan aurretiazko borondateen agiria egiteko eta erregistratzeko prozesua erraztu eta agiriak eskuragarri izatea, era bi arloetan erregistro-sistemak ondo koordinatzea.



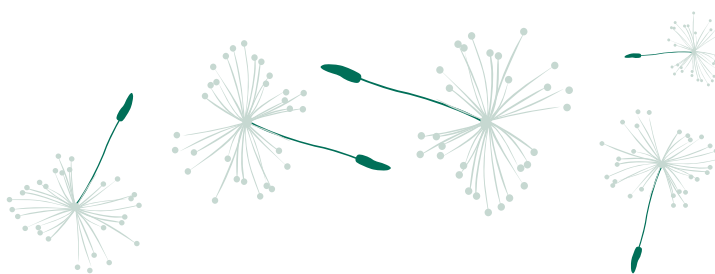
## 6. ADINEKOEI ETA HORIEN ORDEZKARIEI INFORMAZIO OSOA, ULERGARRIA ETA JARRAITUA EMATEA

Gaixotasun larriak dituzten gaixoekin egindako hainbat ikerlanen arabera, informazioa emateko modua eta erabakietan parte hartzea faktore erabakigarriak dira gaixoa arretarekin gogobeteta egoteko. Bestalde, gaixo larrien gaineko jarraipen-azterlanek egiaztatu dute faktore horiek familiarentzat ere garrantzitsuak direla.

Informazioa jasotzeko eskubidea oinarritzkoa eta orokorra da. Hala ere, gaixoak informazioa jasotzeko eskubidea izateak ez du esan nahi informazioa behar duenik, eta behar horrek gidatu behar gaitu. Egia esateko komenigarritasunak muga bat du: gaixoaren lehentasun pertsonalak. Beraz, lehentasun horiek aztertuta egin behar ditugu, pertsona batetik bestera oso desberdinak izan daitezkeelako, baita pertsona berarengan ere denboran zehar. Gaixoari adierazi behar zaio informazioa eskura duela, eta itzulingururik eta konpultsiorik gabe eman behar zaio. Gogoan izan behar dugu informazioa jasotzeko eskubidea duena adinekoa bera dela. Profesionalek eta familiekin adinekoen gaitasun-presuntzioa garatu behar dute, eta horiek babesteko ez dituzte ordezkatu behar. Hala ere, ulertzekoa da senideen estutasuna, ez dakitenean nola komunikatu ahal diren bukaera hurbil duela dakien adinekoarekin eta nola kudeatu ahal dituzten haren erreakzio emozionalak. Sarritan, hala ere, senideek eta profesionalak gutxietsi egiten dute gaixoaren gaitasuna, eta ez da arraroa azkenean gaixoak berak ingurukoak babestu behar izatea (Kataluniako Bioetika Batzordea, 2000).

Pronostiko txarra duten gaixotasun larrien prozesuetan, informazioak sufirimendua eragiten du maiz. Sufirimendua arindu edo txikitu daiteke, halere, informazioa konfiantzazko testuinguru batean ematen denean, gaixoak jakin nahi duenari erantzuten zaion elkarrizketa batean, behar besteko denboraz eta komunikazio-gaitasun egokiak erabiliz, informazioak eragin lezakeen inpaktu emozionala murrizteko. Ildo horretan, honako gomendio hauek proposatzen ditugu:

- Profesionalen prestakuntza garatzea, berri txarrak ematen laguntzeko.
- Harreman iraunkorrak finkatu eta erreferentziako profesionalak ez aldatzea, informazioa era progresiboan eta behar denean ematea ahalbidetuko duten komunikazio-prozesuak sortzeko.
- Gaixoak aurretik duen kasuan kasuko informazioa aztertzea.
- Gaixoen igurikimen eta informazio-nahiei buruz galdetzea.
- Informazioa emateko baldintzak tentuz zaintzea, batez ere denboraren testuinguruan.
- Erabiltzaile eta senideekin komunikazio-bideak zehaztea, nahasmendua eta mesfidantza sorrarazten dituzten informazio kontraesankorrak era-



gozteko. Horretarako, talde bakoitzean argi eta garbi zehaztu behar da nork jakinarazten duen zer eta noiz, eta gaixoei emandako informazioa erregistratu egingo da.

- Adinekoari bere egoera ulertu eta erabakiak hartzeko moduko informazioa eman eta informazioa ulertu egin duela bermatzea. Horretarako, hizkuntza zuzena eta ulergarria erabili eta egoera bakoitza indibidualizatu egin behar da. Komunikazio-oztopoa hizkuntza bada edo hitzezko hizkuntzarik ez izatea bada, behar diren bitartekoak erabiliko ditugu (itzultzaileak, mintzaira sinbolikoa edo zeinu-mintzaira...).
- Gaixoa hil delako berria arreta handiz ematea gertukoei, leku egokian eta behar besteko denbora emanez, intimitatea eta emozioak adieraztea ahalbidetzeko.

## 7. BEHAR PSIKOSOZIALEI ARRETA ZUZENA EMATEA

Hasteko esan nahi genuke Euskadiko adineko gehientsuenek sentimendu positiboak sumatzen dituztela eguneroko bizitzan eta ongizate emozionalako esperientzia bizi dutela. Herritarren % 70,4k zoriontsua dela dio eta % 66,1ek bizitzaz gozaten duela (Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila, 2011). Hala ere, adinekoek zahartzaroari buruz duten pertzepzioa eta, batez ere, haien ustez gizarteak duena oso anibalentea da. Zentzu horretan, kontuan izan behar ditugu zahartzaroa gaixotasunarekin eta mendekotasunarekin lotzen duten balorazio negatiboak. Pertzepzio horren ondorioa herritar zaharrek ustez eragindako "zama soziala" da. Horrelako estereotipoek autoestimu txikiko jokabideak eta adinekoekiko tratu ezegokiak eragiten dituzte.

Ongizate emozionalak behera egiten du nabarmen harremanak galtzen direnean. Hala, pertsona bakarreko etxeetan bizi diren adinekoen % 37,3 bakarrik eta triste sentitzen da, eta portzentaje hori % 10ekoa baino ez da bestelako etxeetan bizi direnen artean. Harremanak galtzean, komunikatzeko eta emozioak adierazteko aukerak ere gutxitu egiten dira; horrek zerikusi garbia du adinekoen ondorezarekin eta antsietatea eta depresioa eragiten ditu. Bakarrik bizi diren 10 adinekotik hiruk depresioa dute. Bestalde, adinekoen egoera emozionalak lotura argia du beraien osasunarekin. Hala, osasun-egoera txarra edo oso txarra duten % 43,3k antsietatearen sintoma nabariak ditu.



Bizitzaren bukaerako inpaktu emozionala oso bizia da, bai hiltzen den pertsonarentzat, bai horren gertukoentzat eta arreta ematen dioten profesionalentzat. Gure gizartean, heriotzaren bizipenarekin batera aurreko faktoreekiko sufrimendua ere gertatzen da: komunikatzeko eta emozioak adierazteko aukerak galtzen dira eta osasun-egoerak okerrera egiten du nabarmen. Medikuntzaren helburu nagusietako bat sufrimendua arintzea omen da, batez ere zainketa aringarrietan, definizio eta estandar gehienetan hori baita helburu nagusia (Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2007).

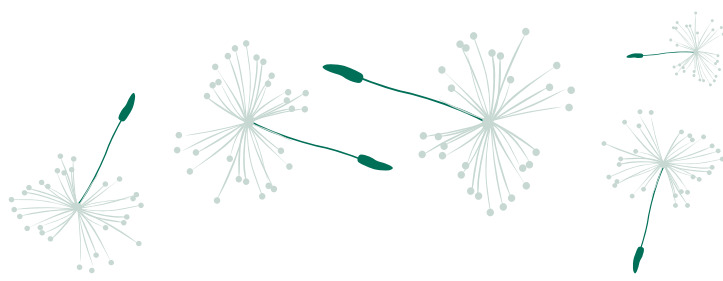
Eric Cassellen hitzetan (Casell 1999), osasun-langileek ez dute sufrimenduaren ebaluazioa eta kontrola egiten, bi arrazoi hauek direla eta: 1) subjektibotasunari eta ezagutza subjektiboari garrantzi edo kategoria txikiagoa ematen diotelako objektibotasunari eta ezagutza objektiboari baino, eta 2) bizitzaren bukaerako prozesuetan erabaki asistentzialak hartzeak berezko duen ziurgabetasuna ukatzen dutelako. Osakidetzak egin berri dituen ikerlanetan ere zailtasun hori ageri da: "Profesionalen zailtasunak antzekoak dira estamentu guztietan, berezitasun batzuk gorabehera. Zailtasunak berezkoak dira alderdi organikoak eta sendaketa oinarri dituen eta gaixotasunaren alderdi subjektiboak alboratzen dituen ereduak. Horren ondorioa prestakuntza-gabezia da, honako alor hauek: komunikatzeko, informatzeko eta gestio emozionalerako gaitasunetan; taldean lan egiteko gaitasunetan; alderdi etikoak lantzeko eta erabaki partekatutako hartzeko prestakuntzan" (Osakidetza, 2010).

Hainbat egileren arabera (Benito et al, 2010), sufrimendua ez dago lotuta era isolatuan minarekin edo beste sintoma batzuekin soilik; baita horiei ematen zaien esanahiarekin ere. Askotan, pertsonaren behar emozionalerako lotuta dago, hala nola kontrola galtzeko beldurarekin, ondoeza mugarik gabe luzatzeko arriskuarekin eta, gaixotasun aurreratua duten gaixoengan, beraien bizitzaren aurkako mehatxuarekin (heriotza). Larritasunari eta estutasunari aurre egiteko baliabide naturalik ez izatea eragindako ezintasunaren bizipen emozionalak, sarritan, antsietatea eta depresioa eragiten ditu prozesu luzeenen % 70etan.

Bizitzaren bukaeran, sufrimendu emozionalerako minberatasuna eragiten duten hainbat faktore daude. Horietako batzuk adinekoek ageri dituzte, esaterako adierazteko eta komunikatzeko zailtasunak, isolamendua, ulertuak ez izatea, eta zaintzaile arduradunik ez izatea edo hori egoerak gaindituta egotea.

Uste okerra da narriadura kognitiboa dutenek ez dutela sufritzen. Bizitza-alaketak eragindako nahasmendua, inguruarekiko segurtasunik ez izatea eta isolamendua direla eta, narriadura aurreratutako dituzten adinekoek egoera larriak bizi dituzte, estutasuna eta asaldura, eta horien adierazpena izan daitezke jokabidearen alterazioak eta etsaitasuna, tristezia, anorexia, apatia eta kanpo-inguruarekiko deskonexioa.

Gaixotasun aurreratua duen pertsona baten egoera emozionala hobetzeko baliabiderik garrantzitsuena hauxe da: sentimenduak adierazteko bidea eskaintzea eta harreman esanguratsu, egonkor, atsegin eta babesleak izatea, segurtasuna eta konfiantza irabaz ditzan. Baina adinekoekin gaixotasun aurreratuko prozesuetan lan egiten duten profesionalak eta adinekoek arreta emateko egiturek ez dute beti horrelako baliabiderik eskaintzen.



Zalantzarik gabe esan daiteke gaixotasunak eta sufrimenduak inguruan sorrarazten duten inpaktu emozionala ez dutela gaixoei eta senideei bakarrik jasaten, baita horiei arreta ematen dieten profesionalak ere. Beraz, gaixoak eta horien familiak zaindu eta laguntzea bezain garrantzitsua da arreta ematen duten profesionalak zaintzea. Horiek, gainera, beren burua zaintzeko konpromisoa hartu behar dute, horixe baita beraien erreminta –beraien burua– ondo doituta edukitzeko bidea (Osakidetza, 2010).

Esku hartzen duten pertsona guztien ongizate emozionala lortzeko, gomendio hauek proposatzen ditugu:

- Profesionalei gaixoen eta/edo horien senideen sufrimendu emozional bizia antzemateko behar duten prestakuntza ematea.
- Diziplina anitzeko taldeak sortzea eta, horietan, terminaltasun- eta dolu-prozesuetan dauden pertsonen arreta ematen espezializatutako psikologoak sartzea.
- Hasierako balorazio emozionala egitea, prozesuan sor litezkeen ahultasun eta zailtasun emozionalak eta gaixoak eta bere familiak erabilgarri izan ditzaketen baliabideak antzemateko.
- Gaixoari eta familiari erabilgarri dituzten baliabideen berri eman eta horiek nola eskura ditzaketen azaltzea, baldin eta esku-hartze psikologiko edo psikiatriko espezializatua behar badute.
- Gaixo eta senideen emozioen adierazpena erraztea: zamaren bizipena, heriotzaren beldurra...
- Profesionalak trebatzea gaixoei eta familiei komunikazio enpatikoa izan dezaten.
- Erosotasun emozionalako zainketak areagotzea, hiltzea eta heriotza iristen direnean: intimitatea, lagun egitea, giro eta leku egokiak...
- Esku hartzen duten profesionalentzako trebakuntza emozionala, alor horretan dituzten beharrak betetzeko.
- Asistentziaren kalitatea baloratzeko sistemetan eta erabiltzaileen gogobetetasun-inkestetan arreta emozionalari buruzko alderdiak txertatzea.

## 8. ESPIRITUALTASUNARI EDO ERLIJOTASUNARI ARRETA EGOKIA EMATEA

Behar espiritualak eta erlijiosoak oso pertsonalak dira, eta jende askorentzat guztiz garrantzitsuak dira haien bizitzaren bukaeran. Hortaz, zainketa aringarrietako zerbitzuen barruan egon behar dute behar horiek, eta hala jasotzen dute hainbat gidak, baita gure erreferentziako gidak ere, hain zuzen SECPALek egindakoak (SECPAL, 1993).

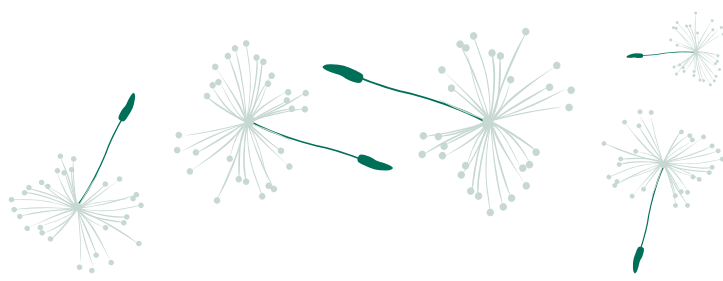
Profesional gehienek honako galdera hau egiten dute: Zer esan nahi du "espiritual" hitzak hiltzeko prozesuan dauden gaixoenentzat eta horiei arreta ematen dieten osasun-profesionalentzat? (Bayés 2005).

Zainketa aringarrien ereduari hasiera eman zionak, Cecily Saundersek, definizio hau eman zion espiritualtasunari: "norberak esanahia bilatzea". SECPALen Espiritualtasun Taldearen arabera, berriz, espiritualtasuna hauxe da: **"gizakiaren itxaropen sakon eta intimoa, bizitzaren eta errealtatearen ikuspegi baten irrika, existentzia integratu, konektatu, gainditu eta hari zentzua ematen diona"**. Horrela, erlijio-sinesmen multzo batetik bereizten du espiritualtasuna eta pertsona barneko, pertsona arteko eta pertsonaz kanpoko transzendentzia-beharrekin lortzen du (SECPAL, 2011).

Adineko gehienek esanahia eta zentzua aurkitzen diote eguneroko bizitzari. Ikerketen arabera, euskal adinekoen artean nagusi dira euren bizitzarekiko sentimendu positiboak: % 84k uste du bere bizitzak baduela zentzua, % 80,7k ilusioz itxaroten du egun bakoitza, % 76,4k zorientasunez begiratzen du iragarrera. Hala ere, adinekoak oso zaharrak direnean, haien bizi-kalitatea nabarmen jaisten da, batez ere inguruko munduaren gaineko kontrola eta autoerrealizazio-sentimendua galdu egin dutela antzematen dutelako. Erlijio-sentimenduei dagokienez, herritarren % 82k dio katolikoa dela eta horien erlijiosotasun-maila 10etik 5,53koa da. Bi adierazle horiek nabarmen handiagoak dira emakumeen artean gizonetan baino.

Bizitzaren bukaera bizi duten pertsonak hainbat behar espiritual dituzte. Besteak beste honako hauek, Bayésen arabera: **a) behar etikoak ("ez dut bizitza behar bezala aprobeztatu", "errudun sentitzen naiz..." eta abar); b) behar filosofikoak (badute zentzurik sufrimenduak, bizitzak edo haurren heriotzak?); c) denbora-transzendentzia mugatuari buruzkoak (historiara pasatzea, oroimen ona uztea, gizateriari aurkikuntza edo arte-lan bat lagatzea eta abar); eta d) espiritualak zentzu hertsian (gizakiaren eta Jainkoaren arteko harremanak, bizitzaren jarraipena heriotzaren ondoren...)** (Bayés, 2005).

Adineko gehienek erlijio-kultura batean oinarrituta –gure ingurunean, gehienbat erlijio katolikoan– kudeatu dute bizitza eta eratu dute haren zentzua. Bizitzako gertakari gehienek, baita heriotzak ere, esanahi erlijiosoak dute. Esanahi horrek zehazten du hartzien diren erabakien judizio morala, eta, garrantzitsuena, sinesmen eta kognizio gehienak funtsatzen ditu, eta horiek sentimendu eta emozio jakin batzuk eragiten dituzte: segurtasuna, konfiantza, itxaropena, abandonua,



beldurra, bakardadea... Hori dela eta, kontuan izanda, ebidentzia batzuen arabera, sinesmen espiritualak eragina izan dezakeela gaixotasunari aurre egiteko eran eta senideek dolua eramateko eran (Cohen, 1999), emozio horiek are handiagoak izango dira nortasuna eta bizi-proiektua erlijio-sinesmen sendoen inguruan eratu dituzten pertsonen artean, edozein dela ere erreferentziako erlijioa.

Gogora ekarri beharra dago askotariko espiritualtasun- eta erlijio-ereduak dituzten adinekoak hasi direla arreta soziosanitarioa erabiltzen, nahiz eta oraingoz minoritarioak izan. Horiei dagokien ereduaren arabera arreta eman behar zaie, beraz.

Gomendioak:

- Adinekoen behar espiritualak antzemateko tresna balidatuak garatzea.
- Heriotzaren askotariko esanahi espiritualak ezagutu eta errespetatzea.
- Adinekoek heriotzaren gainean duten bizipen "erlijiosoak" errespetatzea, aurreiritziak saihestuz.
- Dauden baliabide espiritualak eta erlijiosoak ezagutu eta erraztea.
- Erlijio-arretako taldea eta gainerakoak koordinatzea, dagokion baime-narekin informazio garrantzitsua partekatzeke eta pertsona bakoitzari bere balio eta sinesmenen arabera osoko arreta errespetutsua emateko.
- Heriotzaren eta hilotzari ematen zaion agurraren alde erlijiosoari arreta ematea.
- Elkartzeko, prestatzeko eta hausnartzeko guneak sustatzea, heriotzaren esperientzia hainbat ikuspegi espiritualetatik ulertzeko.

## 9. JARDUNBIDE PROFESIONAL EGOKIAK DIAGNOSTIKO, ZAINKETA ETA TRATAMENDUETAN BIZITZAREN BUKAERAN

Agerikoa da adinekoek alferrik sufritzen dutela bizitzaren bukaeran, haien arazoak oro har gutxietsi egiten direlako eta zainketa aringarrietako zerbitzuak eskuragarri ez dituztelako (OME, 2004). Adinekoek osasunaren eta gizartearen arloetan dituzten beharrak aldatzen badira ere bizitzaren bukaeran, argi dago behar horietatik asko ez direla betetzen. Ebidentzia askoren arabera, adinekoen minari balorazio txikia eta arazo fisiko eta psikosozialei tratamendu urria ematen zaie bizitzako azken urtean (Lewin, 2001).



65 urtetik gorako pertsonen % 2ren eta % 5en artean zahar eta gaixo kronikoen-tzako egoitzetan bizi da. Hala ere, gehienak adinekoak dira, gaixotasun kroniko bat edo batzuk eta mendekotasun funtzional handia edo txikia dituztenak. Horien ohiko diagnostikoak honako hauek dira: garuneko hodietako istripua, bihotzekoa, biriketako gaixotasun kronikoak, Parkinsonen gaixotasuna eta demen-tzia. Horietako askok onartzen dute egoitza batean sartzea, hil aurreko "azken atsedenekua" delakoan, eta egoitza horietan bizi diren pertsona askok zainketa aringarrien beharra izango dute argi eta garbi (Hockey eta Clark, 2002). Adine-koek behar berriak izan ahala, osasun- eta gizarte-sistemek malguagoak izan behar dute beraien arreta-ereduak behar horietara egokitzeke.

Gure artean, gaixo terminalentzako zainketa aringarriek aurrerapen handia egin dute, batez ere gaixo onkologikoen-tzat. Baina, gaixotasun terminalak dituzten gaixoak zaintzeaz gain, gaixotasun kroniko larriak edo iraupen luzeko arazo kroniko ugari dituzten adinekoek ere arreta zuzena eman behar zaie, kontuan hartuta pixkanaka hondatzen doazela eta heriotza noiz iritsiko den aurreikuste-rik ez dagoela (OME, 2000).

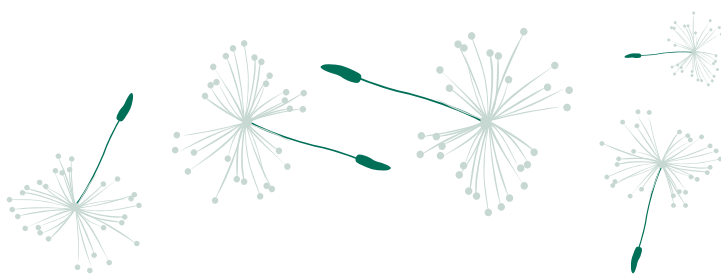
Zainketa urrien egoera are larriagoa da demenzia duten gaixoentzat. 70 urte baino gehiago dituzten pertsonen % 4k eta 80 urte baino gehiago dituztenen % 13k demenzia du (OME, 2004). Diagnostikotik heriotzara bitarteko batez bes-teko bizitza-denbora zortzi urtekoa da. Denbora horretan zehar gaitasunaren eta kontzientziaren narriadura progresiboa da (Luching, 1995). Hainbat iker-lanek erakutsi dutenez, demenzia aurreratua duten gaixoak eredu jakin bati jarraituz hiltzen dira. Hala, 18 hilabeteko epean, % 54,8 hil zen, % 41,1ek pneu-monia jasan zuen, % 52,6k sukarraldi bat eta % 85,8k jateko arazoak. Ohiko beste sintoma batzuk disnea eta mina dira; hurrenez hurren, gaixoen % 46k eta % 39,1ek jasaten dute (Rovira, 2010). Bestalde, bilakaera demografikoak zahar-tzeko joera du.

Literatura aztertzen badugu, ikus dezakegu demenzia duten adinekoek honako zailtasun hauek dituztela zainketa aringarrietako plan jarraitua jasotzeko (Soler, 2000):

- a) Gaixotasunaren iraupen luzea dela eta, zama arintzeko beharrak eta gaixoaren mendekotasun handiak egoitza bat bilatzera eramaten di-tuzte senideak.
- b) Gaixoak erabakiak hartzeko gaitasuna galdu egiten du; hortaz, ezin du aukeratu jaso beharreko tratamendua.
- c) Narriadura kognitiboa eta komunikatzeko mugak.
- d) Profesionalek ez dute estrategiarik arazoak bideratzeko, adibidez asal-dura. Arazo horiek ohikoagoak dira demenzia aurreratuan minbizi ter-minalean baino.
- e) Sei hilabetetik beherako bizi-itxaropena egon behar da zainketa arin-garriak jasotzeko.

Badakigu gaixo onkologiko terminalek bigarren mailako demenzia ere izan de-zaketela eta, narriadura kognitiboa izan arren, zainketa aringarrietako unitate eta zerbitzuetan ematen zaie arreta. Horrek esan nahi du gaixoari eta bere fa-miliari erosotasuna eman ahal zaiela, gaixoa komunikatzeko gai ez izan arren.





Arreta hobetzeko helburuz, honako orientazio eta gomendio hauek proposatzen ditugu:

- Dementia aurreratua duen gaixo batek zainketa aringarrietako programa batean sartzeko sei hilabetetik beherako bizi-itxaropena izateko eskakizuna malgutzea. Gida batzuk baliagarriak izan daitezke gaixo horien artean zainketa aringarriak jaso ditzaketenak aukeratzeko (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias; Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa; Kataluniako Generalitateko Zientzia eta Berrikuntza Ministerioa; Osasun Saila, 2011).
- Osoko arretako plana egitea, behar zehatzak beteko dituen eta kasuan kasuko familia-egoera aintzat hartuko duena, eta gaixoari eta/edo horren ordezkariari baimena eskatu ondoren, plan horren berri ematea gaixoari, familiari eta esku hartzen duten profesionali.
- Zainketa-plana baloratu eta zehazteko, kontuan hartu behar da non gertatzen den egoera (lehen mailako arreta-gunean, ospitalean, zahar-etxean edo etxean, lekuaren arabera gizartearen, osasunaren eta familiararen arloetako baliabideak oso bestelakoak izan baitaitezke), familiararen eta/edo zaintzailearen beharrak eta gaitasunak eta gaixotasunaren bilakaera.
- Plangintza aurreratua egitea, honako alderdi hauek jasoko dituen:
  - a) Zainketa fisikoak eta erosotasunari lotutakoak: nutrizioa, mina, higieena, sabela hustea, azala zaintzea, mobilizazioa...
  - b) Sintoma neuropsikiatrikoei heltzea, medikazioaren bidez edo farmakologiaz kanpoko estrategien bidez.
  - c) Zaintzeko eta hiltzeko lekuari buruzko lehentasunak.
  - d) Komunikatzeko beharrak, zailtasunak eta baliabideak.
  - e) Gaixoaren balioak, sinesmenak eta lehentasunak eta aurretiazko borondateen agiria egiteko aukera izatea.
  - f) Kasu bakoitzean jokatzeko irizpide orokorrak, honako alderdi hauek kontuan hartuz: konplikazioen maiztasuna; esku-hartze berriek bizi-kalitate basalean eragiten dituzten aldaketak; gaixoaren eta familiararen jarrera esku-hartze, zainketa edo balizko deribazioekiko; eta zenbateraino kontrola daitezkeen sintomak eta mina.
  - g) Tratamenduak, esku-hartzeak eta gaixoak horiei emandako erantzuna berrikusteko denbora eta maiztasuna, eraginkortasuna galdu dutenak kentzeko, batez ere gaixoari edo horren senideei ezerosotasuna eragiten badiete.
- Arreta-plana aldi behin berrikusi eta bizitzaren bukaerako prozesuan aldaketa esanguratsuak eragin ditzaketen gertaera edo datu berriak era sistemati-koan eta koordinatuan sartzea.





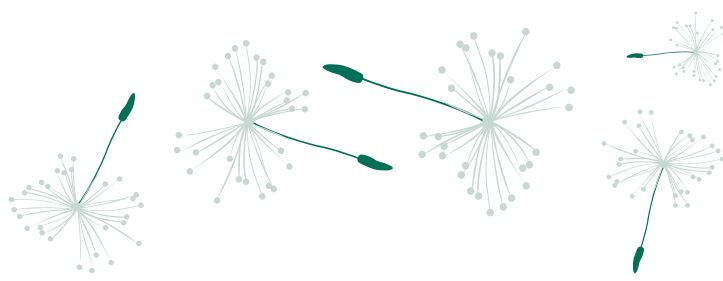
- Modelaketaren bidezko prestakuntza bultzatzea, zainketa bikainak egiten dituzten profesionalak osasun- eta gizarte-arretako zerbitzu eta taldeetako profesional berrien sarrera bidera dezaten.
- Ebaluazio-sistemak zehaztu eta aplikatzea, bai esku-hartze tekniko eta profesionalak ebaluatzeko, bai gaixoaren eta familiaren gogobetetasuna neurtzeko, prozesuan zehar jasotako osoko arretari dagokionez.
- Azkenik, gure ustez, ezinbestekoa da profesionalen artean tolerantzia eta onartzeko jarrerak sustatzeko foroak edo taldeak garatzea, adineko bakoitzaren edo gizarte- edo kultura-talde bakoitzaren bizi-kalitateari buruzko judizio subjektiboak eragozteko

## 10. BALIABIDE NAHIKOAK ETA EGOKIAK

Bai gizarte-eremuan bai osasun-esparruan, asistentzia-eredu nagusia ez da egokia patologia ugari eta minberatasun eta mendekotasun handia duten adinekoei arreta emateko. Gaixo horiek arreta ugari eta askotarikoak behar dituztenez –nola etxeko zereginetarako arreta, hala mina eta antzeko sintomak arintzea edo portaeraren alterazioak kontrolatzea– gaixo horiek eta haien senideek hainbat egiturara jo behar izaten dituzte, eta horiek ez daude ezaugarri orokor horietarako diseinatuta. Hasting Centerrek dioenez, osasunaren “diagnostikoa eta tratamendua” egiteko eredu berrikusi egin behar da, gaixoaren fragmentazioa saihesteko. Berrikusketa horren ondorioz, batetik, heriotzaren prozesu saihestezina integratu eta zaindu egin behar da, “heriotza lasaia” lortzeko, eta bestetik, prestakuntza garatu behar da, “hainbat kultura-testuingurutan gaixotasun kronikoei heltzeko” (Hasting Report, 1996).

Hori lortzeko ez da nahikoa baliabideak jartzea; baliabide horiek egokiak izan behar dute osoko arreta emateko, hau da, adinekoari bere bizitzaren bukaeran arreta fisikoa, emozionala, soziala eta espirituala emateko. Helburu horrekin, honako gomendio hauek ematen ditugu:

- Gaixotasun aurreratua eta narriadura larria duten adinekoentzat gizarte- eta osasun-arretako zerbitzu-zorro unibertuala ezartzea lurralde guztietan.



- Hurbiltasuneko asistentzia-zerbitzu soziosanitarioak eta laguntzak sustatzea, hala nola etxez etxeko laguntza, etxeko ospitalizazioa, etxeko zainketa aringarriak eta abar, etxean hil nahi duten adinekoek euren nahia errazteko.
- Adinekoen autoprestakuntza-programak bultzatzea, terminaltasun eta minberatasun handiko prozesuetan lagungarri izan daitezten.
- Profesional eta familientzako prestakuntza mistoa sustatzea, zainketa formalen eta informalen arteko koordinazio handiagoa errazteko eta egoera zaileri oso-osorik heltzeko.
- Bizitzaren bukaeran mendekotasun handia duten adinekoei arreta emateko helburua duten berariazko unitateak, ospitale-zerbitzu zehatzak eta laguntza-talde soziosanitarioak sortzea.
- Hiltzear dauden gaixoak zaintzeko esku hartzen duten profesionali oinarrizko prestakuntza emateko nahitaezko programak garatzea, etika, giza zientziak, komunikatzeko gaitasunak eta trebakuntza emozionala barne hartuko dituztenak.
- Adinekoentzako osoko arretaren esparruan eta zainketa aringarrietan diharduten profesionali laguntza eta pizgarriak ematea, batez ere mendekotasun handia edo demenzia aurreratua duten gaixoekin dihardutenei.
- Bizitzaren bukaerako arreta-prozesuetan kalitate oneko asistentzia eragozten duten zailtasun eta oztopoen gaineko ikerketa sustatzea.
- Adinekoei bizitzaren bukaeran arreta emateko dauden baliabideak jendartean ezagutaraztea: unitate soziosanitarioak, zainketa aringarrietako unitateak, laguntza-taldeak, etxez etxeko arreta-taldeak, etxeko ospitalizazio-zerbitzuak, arreta psikosozialeko taldeak eta abar.





**ADINEKOENTZAKO  
OSOKO ARRETA  
BIZITZAREN BUKAERAN.  
GOMENDIO ETIKOEN GIDA**



### III. ATALA ERANSKINAK ETA GLOSARIOAK

#### 1. ERANSKINA. PERTSONEK BIZITZAREN BUKAERAN BEREN ZAINKETARI BURUZKO ERABAKIAK HARTZEKO DUTEN GAITASUNAREN BALORAZIOA.

**(Iturria: Kataluniako Bioetika Batzordea. Osasun-profesionalentzako gomendioak gaixoei bizitzaren bukaeran arreta emateko)**

41

Gaixoaren gaitasuna baloratzeko tresna lagungarriak

Badira tresna erabilgarriak, ezinbestekoak ez izan arren. Horien erabilerak ez lieke eragozpenik eragin behar gaixoei bizitzaren bukaeran eta, aldiz, lagungarriak izan daitezke interesatzen zaiguna aurreikusteko, adibidez EAG (etengabeko arretako gune) batean.

- Eskema batzuk, hala nola Jonsen-ena<sup>1</sup>, erabilgarriak izan daitezke erabakiak errealitate klinikoetara egokitzeko. Eskema horiek profil patologikoa eta jarrera terapeutikoa erlazionatzen dituzte, hitzartutako helburuen arabera (adibidez, zaindu edo arintzea).
- Eragin funtzionalaren balorazioa egiteko eskala hauek erabil daitezke: Karnofsky-rena<sup>2</sup>, ECOG<sup>3</sup> eta Palliative Performance Status. Horiek gaixoen "bizi-kalitatea" neurtzen dute alde fisiko, psikologiko eta sozialetatik.

<sup>1</sup> Jonsen A., Siegler, M., Winslade (2005). *Ética clínica*. Bartelona: Ed. Ariel.

<sup>2</sup> Yates JW, Chalmer B, McKegney FP. (1980) Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer*; 45(8): 2220-4.

<sup>3</sup> Anderson F, Downing GM, Hill J, Caroso L, Lerch N (1996). Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*; 12: 5-11.



Onkologian ez ezik baliaezintasuna eragiten duten beste gaixotasun kroniko ebolutibo batzuetan ere erabil daitezke, baina dementziarako ez dira erabilgarriak.

- Tratamenduaren intentsitate mailari buruzko orientabideak, hala nola Ouslander-enak, esku-hartzeek izan dezaketen mailaketa erakusten dute: bizi-laguntzako tekniketatik hasita neurri aringarrietaraino.
- Ordezkarien egokitasunari dagokionez, Buchananen eta Brocken eskala da erreferentzia<sup>4</sup>. Ordezkariaren zalantzazko jokaeraren aurrean alerta maila progresiboak adierazten dituzten arauak dira. Arreta-plana egiteko EPEC<sup>5</sup> proposamena ere kontsulta daiteke.

## GAITASUNAREN EBALUAZIOA

Lehenago esan dugunez, gaitasuna ez da ebaluatu behar gaixoa hiltzorian edo hurbileko egoera batean dagoenean. Guztiz beharrezkoa bada balorazioa egitea, horrek hautemanezina, malgua eta neurritzakoa izan behar du, gaixoari ahalik eta kezka gutxien eragiteko: galdera laburrak, ulergarriak, arrazoizkoak, ez-inbadi-tzaileak, garrantzitsuak eta eduki terapeutikodunak egin behar dira. Beste kasu batzuetan, berriz, tresna batzuk lagungarriak izan daitezke zalantzak argitzeko, batez ere gaixoaren erabakiak heriotzara hurbiltzen duenean, heriotza saihestea edo atzeratzea ezinezkoa bihurtzen duenean.

Kasu horietan gaixoaren gaitasun kognitibo orokorra baloratu beharra dago: orientazioa, oroimen hurbila, hizkuntzaren ulermena eta adierazpena izateko gutxieneko eta beharrezko gaitasuna.

Gutxienez puntu hauek aztertu beharko lirateke:

- informazioa ulertzeko zailtasunik duen;
- ematen zaion informazioa gordetzen duen;
- informazioa erabakiak hartzeko erabiltzen duen;
- logikarik gabeko ilusiozko igurikimenik duen; eta
- erabaki bat hartu eta jakinaraztea lortzen duen.

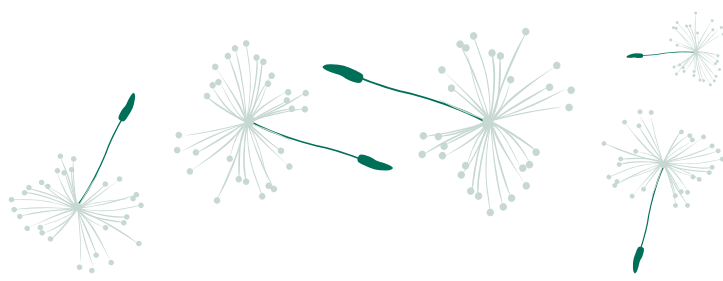
Gaixoaren gogo-aldartea ere kontuan hartu beharko litzateke:

- depresio larria edo antsietatea duen eta hori hobe daitekeen;
- zenbaterainoko eragina duen berarengan bakardadeak edo giroak eta hori hobe daitekeen.

Behar izanez gero, analisi zehatzagoa egin daiteke, adibidez Singerren *The Aid to Capacity Evaluation* (ACE) edo Grissoren eta Appelbaumen *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T). Horiek gaixoaren trebetasun batzuk aintzat hartu eta puntuazioa ematen diete ("bai" edo "ez" edo "zalantzakoa"), esate baterako honako hauek:

<sup>4</sup> Simón P. eta Barrio I. (2004) *¿Quién decidirá por mí?* Madril: Ed Triacastela.

<sup>5</sup> Emanuel L, von Gunten CF, Ferris FD, Hauser JM, eds. *The Education in Palliative and End-of-life Care (EPEC)*. EPEC Project, 2003. [www.epec.net](http://www.epec.net)



- bere osasun-arazoa, proposatzen zaion prozedura eta dauden ordezeko aukerak ulertzen dituen;
- aukera bakoitzaren ondorioen balorazioa;
- lehentasunaren edo erabakiaren azalpena; eta
- erabakiaren eta haren nortasunaren arteko koherentzia.

Trebetasun horiek guztiak garrantzitsuak dira. Horietako batean errendimendua txikia izan arren, gaixoaren trebetasun guztiak aztertu behar dira gaitasunari buruzko erabakiak hartzeko, eta ez da ahaztu behar ebaluazioa gaixoak hartu beharreko erabakiaren mende dagoela.

Azken horretarako Draneren<sup>6</sup> eskala mugikorra aipatu beharra dago. Gaixoak erakutsitako gaitasuna aplikatu beharreko erabakira egokitzen du horrek. Adibidez, hizpide dugun testuinguruan sinplifikatu nahi izan dugu:

**Gutxieneko gaitasuna.** Tratamendu eraginkorrari baietz eta baztergarriari ezetz esan dezake.

- Haren egoera klinikoaren jakitun da.
- Adibidez: hiltorian sedazioa eskatzeko eta onartzeko edo tratamendu go-gaikarriari eta alferrekoari uko egiteko gaitasuna (zunda gastrikoa azken egunetan).

**Gaitasun ertaina.** Zalantzazko tratamenduari edo arriskutsuari uko egin diezaioke.

- Osasun-informazioa ulertzen du eta aukeratzen du, baina konfiantzak baldintzatuta dago.
- Adibidez: behar pertsonalak adierazteko (sedazio aringarria) edo sendatzeko jada balio ez duten ohiko jardunei uko egiteko gaitasuna.

**Gaitasun osoa.** Bizi-tratamendu bati uko egin diezaioke edonoiz.

- Gogoeta egiten du koherentziaz, erantzukizunez eta eskubidearen jakitun dela.
- Adibidez: bizi-tratamendu sendagarriari uko egiteko gaitasuna: odola, ebakuntza edo dialisia.

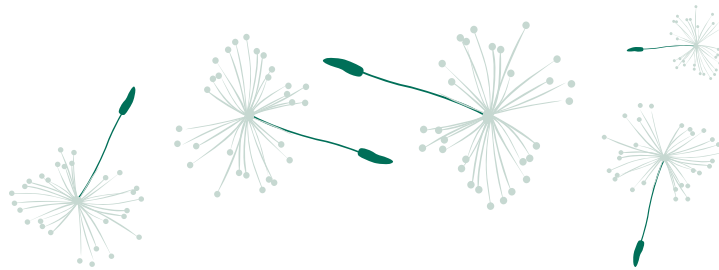
## GAITASUNA EBALUATUTAKOAN

Profesionalak gaixoaren historia klinikoan jasota utzi behar du zergatik uste duen gaixoa gai dela eta agerian utzi pertsona hori autonomia dela une horretan eta, hasiera batean, errespetatu egin behar zaiola.

Profesionalak uste badu gaixoak ez duela nahikoa gaitasunik, gaitasuna hobetzen saiatu behar du. Edonola ere, gaitasunik ezaren diagnostikoa ezartzeko, komeni da beste profesional batzuek ere diagnostiko berdina egitea; ondoren, gaixoari horren berri eman eta erabakia haren ordezkariarekin hartuko dela jakinarazi behar zaio.

<sup>6</sup> Drane J. (1985) Las múltiples caras de la competencia. Hemen: *Bioética para Clínicos*. Argitaratzailea: A. Couceiro. Madril, 1999. Ed. Triacastela. 163-75. or.





ADINEKOENTZAKO OSOKO ARRETA BIZITZAREN BUKAERAN.  
GOMENDIO ETIKOEN GIDA

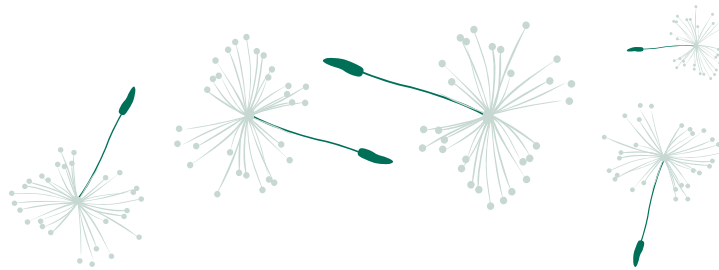
## 2. ERANSKINA. KOMUNIKAZIOA ERRAZTEN DUTEN ESTRATEGIAK

(Iturria: Benito E et al. Gaixoaren sufrimendua antzeman, aztertu eta horri arreta emateko estrategiak. FMC. 2011; 18(7):392-400)

1. Leku lasaia eta eroso aukeratzea. Eserita hitz egitea.
2. Ahots-tonu egokia erabiltzea (giro terapeutikoa nabarmen errazten duelako).
3. Kezkak, beharrak eta beldurrak espezifikoki zehaztea.
4. Elkarrizketa enpatikoa erabiltzea, komunikazioa motibatuz.
5. Ez-hitzezko komunikazioari aldi oro erreparatzea (urduri dagoen, negar egiten duen, begirada desbideratzen duen, afektu ez egokia erakusten duen...).
6. Gaixoaren denbora onartzea, asimilazio-atalasea ez gainditzeko (isiluneak, negarraldiak...).
7. Ez ematea ezer ziurtzat, galdetzea (adibidez: **zure ustez, zer da kolostomia?**).
8. Gaixoaren beste arazo garrantzitsu batzuk aztertzea.
9. Atribuzioak aurkitzea (adibidez: **zerk lagunduko lizuke...?**).
10. Hitzezko ahaleginak egitea (adibidez: **azaltzen ari zaren horrek lagundu egiten dit ulertzen**).
11. Hitz egin baino lehen entzutea, bestela gaixoak pentsatuko du ez zaiola jaramonik egiten.
12. Teknizismoak baztertu eta hizkera erraza erabiltzea.
13. Ahal dela, galdera luzerik ez egitea,
14. Galdera irekiak egitea, erantzuna baldintzatzen ez dutenak.
15. Galdera anizkoitzik ez egitea, gaixoaren arreta errazteko eta ez galtzeko.
16. Inposaketarik ez egitea (adibidez: **zera egin behar zenuke...**).
17. Defentsa-mekanismo funtzionalak eta adaptatiboak errespetatzea (azken batean, gaixoak ahal duen moduan eta nahi duen moduan aurre egiten dio egoerari).
18. Zailtasuna aukera bihurtzea (adibidez: hazkunde pertsonala edo egoeratik sendotuta irtetea).
19. Hitzezko eta ez-hitzezko hizkuntzak bat etortzea (bestela, sinesgarritasun guztia galduko dugu).
20. Ahal den guztietan, berari entzuteko astia dugula ulertaraztea. "Ez begiratu erlojua".
21. Zer ulertu dugun laburtu eta gaixoarekin egiaztatzea.







ADINEKOENTZAKO OSOKO ARRETA BIZITZAREN BUKAERAN.  
GOMENDIO ETIKOEN GIDA

### 3. ERANSKINA. EUSKADIN 2010EAN HILDAKO HERRITARRAK. Iturria: Osasun Saileko Heriotza Erregistroa.

#### AURKIBIDEA

1. Euskadin hildako herritarrak, adin-taldearen eta sexuaren arabera. 2010
2. Euskadin hildako herritarrak, egoera zibilaren eta sexuaren arabera. 2010
3. Euskadin hildako herritarrak, heriotzaren oinarritzko arrazoiaren (gaixotasun -talde handiak) eta sexuaren arabera. 2010
4. Euskadin hildako herritarrak, heriotza-lekuaren eta sexuaren arabera. 2010
5. Euskadin hildako herritarrak, nazionalitatearen eta sexuaren arabera. 2010
6. Euskadin hildako herritarrak, heriotzaren oinarritzko arrazoiaren (gaixotasun -talde handiak) eta heriotza-lekuaren arabera. 2010

#### EUSKADIKO HERRITAR GUZTIAK 2010EAN

	G	E	GUZTIRA	
Euskadiko herritarrak 2010ean	1059741	1109297	2169038	% heriotza-tasa lurralde historikoaren arabera
Heriotza-tasa 2010ean	9.5 x 1000	8.4 x 1000	8,9 x 1000	
Heriotza-tasa EUSKADIn	% 51.9	% 48.1	% 100	
Heriotza-tasa ARABAn	% 52.6	% 47.4	% 100	% 12,6
Heriotza-tasa BIZKAIAn	% 52.2	% 47.8	% 100	% 55,7
Heriotza-tasa GIPUZKOAAn	% 51.1	% 48.9	% 100	% 31,7
				100

Euskadiko heriotza-tasa 1.000 biztanleko 8,9koa zen 2010ean. Sexuaren arabera ezberdintasun batzuk zeuden, ordea, gizonen artean tasa hori handiagoa baitzen.

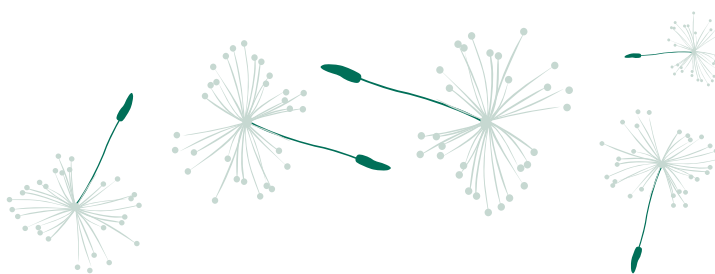
**1. EUSKADIN HILDAKO HERRITARRAK, ADIN-TALDEAREN ETA SEXUAREN ARABERA. 2010**

	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>GUZTIRA</b>
0 eta a19 urte bitartean	54	54	108
20 eta 39 urte bitartean	174	88	262
40 eta 59 urte bitartean	1221	602	1823
60 eta 64 urte bitartean	690	236	926
65 eta 69 urte bitartean	736	323	1059
70 eta 74 urte bitartean	987	491	1478
75 eta 79 urte bitartean	1695	938	2633
80 eta 84 urte bitartean	1936	1628	3564
85 urtetik gora	2552	4952	7504
<b>GUZTIRA</b>	<b>10045</b> <b>% 51,9</b>	<b>9312</b> <b>% 48,1</b>	<b>19357</b> <b>% 100</b>

	<b>G %</b>	<b>E %</b>	<b>GUZTIRA %</b>
0 eta a19 urte bitartean	0.05	0.6	0.55
20 eta 39 urte bitartean	1.73	0.9	1.35
40 eta 59 urte bitartean	12.15	6.45	9.40
60 eta 64 urte bitartean	6.86	2.53	4.77
65 eta 69 urte bitartean	7.32	3.46	5.46
70 eta 74 urte bitartean	9.82	5.26	7.62
75 eta 79 urte bitartean	16.87	10.06	13.58
80 eta 84 urte bitartean	19.27	17.46	18.39
85 urtetik gora	25.39	53.13	38.72
<b>GUZTIRA</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Adinari dagokionez, herritarren % 78,3 70 urte bete ondoren hiltzen da eta erdia baino gehiago (% 52,3) 80 urte bete ondoren.

- Datu horiek sexuaren ikuspegitik begiratzen baditugu, nabarmentzekoa da gizonak gazteago hiltzen direla eta adin-tarte batzuetan sexuen arteko aldeak bereziki handiak direla; adibidez, 40 eta 59 urteen artean hildako gizonen kopurua emakumeena halako bi da, eta joera horrek 75-79 urteko adin-tarteraino irauten du. Hortik aurrera, azken adin-tartean hildako gizonen kopuruak behera egiten du eta emakumeenak gora; izan ere, emakume gehienak hiltzen diren adina 85 urtetik gorakoa da. Oro har, esan daiteke emakumeen % 70,6 80 urtetik aurrera hiltzen dela.



## 2. EUSKADIN HILDAKO HERRITARRAK, EGOERA ZIBILAREN ETA SEXUAREN ARABERA. 2010

	G	E	GUZTIRA
Ezkongabea	1593	1282	2875
Ezkondua	6174	2158	8332
Alarguna	1909	5693	7602
Banandua - Dibortziatua	369	179	548
<b>GUZTIRA</b>	<b>10045</b>	<b>9312</b>	<b>19357</b>

	H %	M %	GUZTIRA %
Ezkongabea	15.9	13.8	14.8
Ezkondua	61.5	23.2	43.1
Alarguna	19.0	61.1	39.2
Banandua - Dibortziatua	3.6	1.9	2.9
<b>GUZTIRA</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Euskadin 2010ean hildako herritarren % 14,8 ezkongabea zen, % 43,1 ezkondua, % 3,92, alarguna eta % 2,9 dibortziatua edo banandua.

- Sexuaren arabera, azpimarratzekoa da hildako gizonen % 61,5 eta emakumeen % 23,2 ezkondua zela. Bestalde, urte horretan hildako emakumeen % 61,2 eta gizonen % 19,0 soilik alarguna zen. Egoera zibila eta adina erlazionatzen baditugu, alde horien arrazoia ulertuko dugu, argi ikusten baita emakumeak urte gehiago bizi ohi direla eta gizonak, aldiz, gazteago hiltzen direla.

## 3. EUSKADIN HILDAKO HERRITARRAK, HERIOTZAREN OINARRIZKO ARRAZOIAREN (GAIXOTASUN-TALDE HANDIAK) ETA SEXUAREN ARABERA. 2010

GAIXOTASUN TALDEA	G	%	E	%	GUZTIRA	%
Gaixotasun infekziosoak eta parasitarioak	159	1.6	136	1.5	295	1.5
Tumoreak eta neoplasiak	3757	37.4	2264	24.3	6021	31.2
Odol-gaixotasunak, hematopoietikoak eta immunitate-arazoak	31	0.3	57	0.6	88	0.5
Gaixotasun endokrinak, nutrizionalak eta metabolikoak	278	2.8	387	4.2	665	3.4
Buru- eta portaera-nahasmenduak	338	3.4	763	8.2	1101	5.7
Nerbio-sistemako gaixotasunak	413	4.1	717	7.7	1130	5.8
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	2758	27.5	2917	31.3	5675	29.3
Arnas sistemako gaixotasunak	938	9.3	753	8.1	1691	8.7
Digestio-sistemako gaixotasunak	491	4.9	407	4.4	898	4.6
Sistema osteoartikularreko eta ehun konektiboko gaixotasunak	56	0.6	136	1.4	192	1.0
Sistema genitourinarioko gaixotasunak	174	1.7	240	2.6	414	2.1
Sintoma, zeinu, aurkikuntza kliniko anormalak	161	1.6	257	2.7	418	2.2
Traumatismoak eta pozoidurak	437	4.3	216	2.3	653	3.4
Bestelakoak	54	0.5	62	0.7	116	0.6
<b>GUZTIRA</b>	<b>10045</b>	<b>100</b>	<b>9312</b>	<b>100</b>	<b>19357</b>	<b>100</b>

Heriotzaren oinarrizko arrazoiari dagokionez, azpimarratzekoa da tumoreak eta neoplasiak nagusi direla (% 31,2), eta jarraian zirkulazio-sistemako gaixotasunak (% 29,3). Ondoren datoz arnas sistemako gaixotasunak (% 8,7), nerbio-sistemako gaixotasunak (% 5,8), portaera-nahasmenduak (% 5,7), digestio-sistemako gaixotasunak (% 4,6) eta gainerako gaixotasun-taldeak (% 14,7).

- Sexuaren arabera, tumore eta neoplasiek eragin handiagoa dute gizonen artean (% 37,4) emakumeetan baino (% 24,3). Orobat, arnas sistemako gaixotasunak ere ohikoagoak dira gizonen artean (% 9,3) emakumeetan baino (% 8,19).
- Aitzitik, zirkulazio-sistemako gaixotasunak ohikoagoak dira emakumeen artean (% 31,3) gizonetan baino (% 27,5).
- Era berean, badirudi buru-nahasmenduek eta nerbio-nahasmenduek eragin zabalagoa dutela emakumeen artean, baina horren arrazoia ere izan daiteke emakumeak urte gehiago bizitzea.

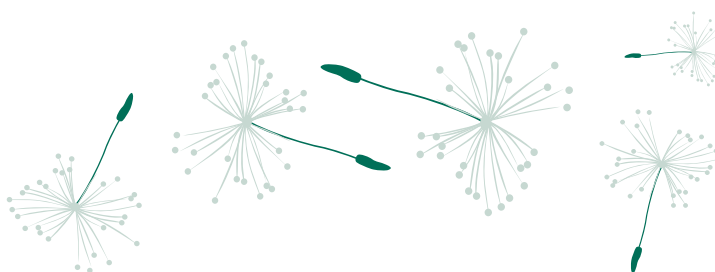
#### 4. EUSKADIN HILDAKO HERRITARRAK, HERIOTZA-LEKUAREN ETA SEXUAREN ARABERA. 2010

HERIOTZA-LEKUA	G	%	E	%	GUZTIRA	%
EDE	406	4.0	428	4.6	834	4.3
Etxea	2580	25.7	2582	27.7	5162	26.7
Ospitalea	5719	56.9	4500	48.3	10219	52.8
Egoitza soziosanitarioa	815	8.1	1626	17.5	2441	12.6
Lantokia	36	0.4	2	0.00	38	0.2
Beste batzuk	489	4.9	174	1.9	663	3.4
<b>GUZTIRA</b>	<b>10045</b>	<b>100</b>	<b>9312</b>	<b>100</b>	<b>19357</b>	<b>100</b>

Euskadin 2010ean hildako herritarren erdia baino gehiago ospitaletan hil zen, laurden bat baino gehiago etxean eta gainerako % 12,6a egoitza soziosanitarioetan.

Etxean hiltzen direnak eta egoitzetan hiltzen direnak batzen baditugu, esan dezakegu ia % 40 "etxean" hiltzen dela.

- Sexuaren arabera ñabardura batzuk daude, ordea. Aurreko aldagaiak kontuan hartuta azal daitezke horiek. Hala, gizonen % 56,9 ospitaletan hiltzen da, emakumeak baino 8 puntu gehiago. Datu hori alderantzizkoa da egoitza soziosanitarioetan, ordea, horietan emakumeen kopurua gizonena halako bi baita. Lantokian hildakoen kopurua handiagoa da gizonen artean.



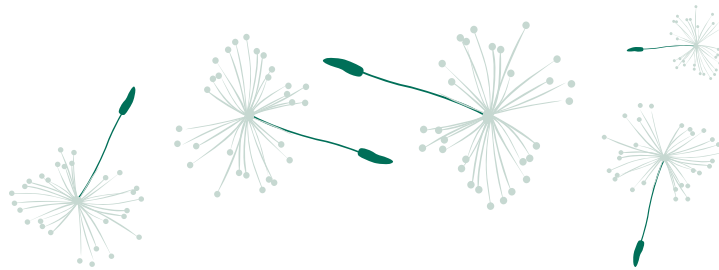
## 5. EUSKADIN HILDAKO HERRITARRAK, NAZIONALITATEAREN ETA SEXUAREN ARABERA. 2010

NAZIONALITATEA	G	E	GUZTIRA
BULGARIA		1	1
ESPAINIA	9942	9244	19186
FRANTZIA	6	3	9
ITALIA	6	4	10
PORTUGAL	15	12	27
ERRESUMA BATUA	4		4
ALEMANIA	3	5	8
ERRUMANIA	10	12	22
SUITZA	1		1
ANGOLA	1		1
ALGERIA	4	4	8
GAMBIA	1		1
GINEA	1		1
EKUATORE GINEA	2	1	3
LIBERIA	1		1
MAROKO	11	3	14
NIGERIA	2		2
SENEGAL		1	1
SEYCHELLE		1	1
AEB	4	1	5
KUBA		1	1
GUATEMALA	1	1	2
NIKARAGUA	1		1
DOMINIKAR ERREPUBLIKA		1	1
ARGENTINA	2	2	4
BOLIVIA	3	1	4
BRASIL	4	3	7
KOLONBIA	4	2	6
TXILE	1		1
EKUADOR	2		2
PARAGUAI	1	3	4
PERU		1	1
URUGUAI	1		1
TXINA	2	1	3
PAKISTAN	3		3
AUSTRALIA	2	2	4
EDE	4	2	6
<b>GUZTIRA</b>	<b>10045</b>	<b>9312</b>	<b>19357</b>

NAZIONALITATEA	G	E	GUZTIRA
ESPAINIARRA	99,0	99,3	99,1
ATZERRITARRA	1,0	0,7	0,9
<b>GUZTIRA</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Beste nazionalitate batzuk dituzten herritarren heriotza kopurua oso txikia da 2010ean, Euskadin hildako guztien %1 etik beherakoa da.





ADINEKOENTZAKO OSOKO ARRETA BIZITZAREN BUKAERAN.  
GOMENDIO ETIKOEN GIDA

**4. ERANSKINA. ZER IRIZPIDEK DEFINITZEN DUTE DEMENTZIAK JOTAKO GAIXO BATEN EGOERA AURRERATUA ETA TERMINALA ETA BIZI-ITXAROPEN MUGATUA?**

<p>Dementziaren fase aurreratua bat dator GDS eta FAST eskaletako 6. eta 7. mailarekin eta CDR eskalako 3. mailarekin.</p>	<p>Ikerketa deskribatzailea, 3</p>
<p>Eskala horiek Alzheimerren gaixotasunerako diseinatu badira ere, dementzia baskularrerako eta endekapenezko beste dementzia batzuetarako ere erabil daitezke.</p>	
<p>Gaixotasunaren fase horietan, gaixoak zailtasun nabariak ditu eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak betetzeko (janzteko, bainatzeko, garbitzeko eta esfinterren kontrolari eusteko). GDS eta FAST eskaletan, galera funtzionalaren ordena hierarkikoa dago. Horren arabera sailkatzen dira dementziaren faseak, eta fase bakoitza aurrekoa baino larriagoa da. Hala, 7. mailan, noragabe ibiltzeko, eserita egoteko, buruari tente eusteko, irribarre egiteko eta hitzeko eta keinuzko mintzairaren bidez komunikatzeko gaitasunak galtzen dira.</p>	
<p>Dementziaren fase terminala zehaztea zaila da, endekapen-prozesu progresiboa eta kronikoa baita. Honako ezaugarri hauen bidez defini liteke:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Narriadura kognitibo larria (6tik beherako puntuazioa MMSE azterketan edo azterketa hori egitea eragozten duen narriadura kognitiboa).</li> <li>2. Tratamendu farmakologiko espezifikoz baliatzeko zentzuzko aukera guztiak galtzea.</li> <li>3. GDS 7 egoera (eguneroko bizitzako oinarrizko jardueretarako ezgaitasun larria, zentzuz hitz egiteko edo komunikatzeko ezgaitasuna).</li> <li>4. Komorbilitate anizkoitza eta sintoma larriak, faktore anitzekoak eta aldakorrak (irensketagatiko pneumonia, arnasestua, goiko gernu-traktuko infekzioak, septizemia, presio-ultzerak, mina, elikaduraren nahasmendu larria).</li> <li>5. Elikagaiak jateko zailtasun larria, dela irentsiezinagatik dela errefusagatik, eta % 10etik gorako pisu-galera azken 6 hilabeteetan eta 2,5 mg/dl-tik beherako albumina serikoa.</li> <li>6. Asmo jakin bat duen borondatezko jarduerarik betetzeko ezgaitasuna. Zaintzaileak ezagutzeko ezgaitasuna.</li> <li>7. Inpaktu emozional handia gaixoarentzat, familiarentzat eta arreta ematen dion talde profesionalarentzat, hein batean heriotzaren hurbiltasunarekin lotuta.</li> <li>8. Bizi-itxaropen nahiko laburra, adinaren eta komorbilitatearen arabera (hilabete gutxi eta 2 urte bitartekoa izaten da, baina luzeagoa ere izan liteke).</li> <li>9. Gaixoak neurri aringarrien beharra du.</li> </ol>	<p>Ikerketa deskribatzailea, 3</p>





Tradizionalki gaixotasun terminala definitzeko funtsezko elementua biziraupen-aldia edo bizi-itzaropena izan bada ere, duela gutxi honako kontzeptu hau garatu da: "gaixotasun kroniko ebolutiboaren egoera aurreratua eta terminala bizi-pronostiko mugatuarekin (SEAT)". Termino hori dementzia aurreratuekin erabil daiteke.

Adituen iritzia,  
4

Gaixo horiek arreta handia eskatzen dute eta arreta horren helburu nagusia gaixoaren eta familiaren erosotasuna eta bizi-kalitatea hobetzea da. Horretarako oinarritzko zainketak hauek dira: sintomak kontrolatzea, euskarri emozionala eta komunikazio egokia.

Duela gutxi bahetze-metodo bat sortu da SEAT egoeran dauden gaixoak antzemateko, dementzia dutela edo ez. Ebaluazioa diziplina anitzeko talde konbentzional batek egin behar du eta erabiltzen den tresna GSF da (Gold Standards Framework) (11. taula).

Behaketa  
bidezko  
ikerketa, 2++

## 11. TAULA. GOLD STANDARDS FRAMEWORK-EN IRIZPIDEAK

1. Galdera bat: Harritu egingo zinateke gaixo hau urtebete baino lehen hilko balitz?

2. Gaixoak, familiak edo talde profesionaleko kideek ahalegin terapeutikoa edo neurri aringarriak mugatzeko aukera adierazi edo eskatu dute.

3. Irizpide kliniko orokorrak:

- a. Komorbilitatea egotea.
- b. Egoera funtzional mugatua.
- c. Narriadura azkarra, iraunkorra, demenziari egotz dakiokiena (itzulgarri izan litezkeen prozesu interkurrenteak baztertu).
- d. Desnutrizio-seinale klinikoak eta analitikoak (azken sei hilabeteetan pisuaren % 10 baino gehiago galtzea, 2,5 mg/dl-tik beherako albumina serikoa).

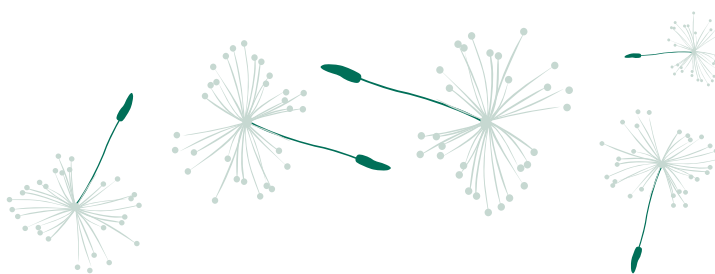
4. Parametro gehigarriak (batez ere pluripatologia duten eta mendekotasun-egoeran dauden adineko ahulengan):

- a. Baliabide-kontsumoa (azken 3 hilabeteetan hiru sarrera baino gehiago larrialdietan).
- b. Infekzio oportunistak errepikariak (azken 3 hilabeteetan hiru baino gehiago).
- c. Etzanera-ultzerak, ohiko tratamenduarekiko erresistenteak (3 hilabetetik gorako eboluzioa).

5. Aintzat hartu beharreko beste elementu batzuk:

Erabaki etiko-klinikoak eta zainketa aurreratuen plangintza eskatzen dituzten ohiko egoerak (nutrizioa, hidratazioa, baliabideak, instituzionalizazioa eta abar).

6. Ohiko larrialdiak, gutxi gorabehera aurreikus daitezkeenak eta laneko metodotzat kudeatzea eskatzen dutenak.



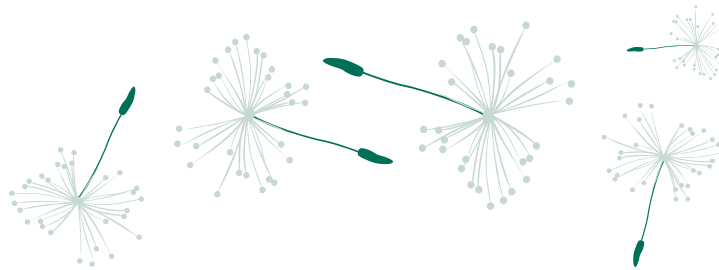
## EBIDENTZIAREN LABURPENA

<b>3</b>	Dementziaren fase aurreratua bat dator GDS eta FAST eskaletako 6. eta 7. mailekin eta CDR eskalako 3. mailarekin.
<b>4</b>	SEAT terminoa "gaixotasun kroniko baten egoera aurreratua eta terminala eta bizitza-pronostiko mugatuarekin" definitzeko erabiltzen da, hala nola dementzia.
<b>2++</b>	SEAT duten pertsonak antzemateko GSF bahetze-tresnaren bidez egindako ebaluazioa erabiltzen du diziplina anitzeko talde konbentzional batek.
<b>2++</b>	GSF eskalaren bidezko ebaluazioak honako helburu hauek ditu: SEAT egoeran dagoen gaixoa identifikatzea (larritzearen azkartasuna, egoera funtzionala, komorbilitatea, egoera nutrizionala); gaixoak, familiak eta profesionalek heriotzaren hurbiltasunaz duten ezagutza eta igurikimenak zehaztea; neurri aringarriei eta ahalegin terapeutikoa mugatzeari buruzko iritzia ematea; eta bestelako parametro gehigarriak argitzea, hala nola infekzio oportunistak, etzanera-ultzerak eta gainjarritako krisiak.
<b>3</b>	Hona hemen fase terminaleko dementzia aurreratuaren ezaugarri batzuk: narriadura kognitiboa (MMSE<6), tratamendu farmakologiko espezifikoaren bidez hobetzeko itxaropenik ez izatea, GDS-FAST 7, desnutrizio larria (>% 10eko pisu-galera azken 6 hilabeteetan eta <2,5 mg/dl albumina serikoa), neurri aringarrien beharra eta familia zaintzailearen gaineko inpaktu handia.

## GOMENDIOAK

<b>D</b>	SEAT terminoa erabil daiteke fase terminaleko endekapenezko dementzia aurreratuan, eta bat dator GDS 7 fasearekin.
<b>B</b>	SEAT egoera baloratu behar da Gold Standards Framework (GSF) tresnaren bidez. GSF gomendatzen da zaintzaileek gaixoaren heriotzaren inguruan duten iritzia ezagutzeko, neurri aringarriak ezartzeko beharra ezagutzeko, ahalegin terapeutikoa mugatzeko egokitasuna erabakitze eta baliabideen kontsumoari, konplikazioei eta krisi-egoerei buruz duten iritzia ezagutzeko.
<b>C</b>	Dementzia aurreratua dementzia terminaltzat jo behar da, baldin eta narriadura kognitiboa larria bada eta eguneroko bizitzako oinarritzko jardueretarako mendetasun larria badago, tratamendu espezifikoarekin onura terapeutikoa lortzeko aukerarik ez badago, komorbilitate anizkoitza badago eta nutrizio-egoera egokia lortu ezin bada.





ADINEKOENTZAKO OSOKO ARRETA BIZITZAREN BUKAERAN.  
GOMENDIO ETIKOEN GIDA

**5. ERANSKINA ZEHAZTERIK DAGO DEMENTZIA AURRERATUA DUEN GAIKO BATEK BERE BIZITZAREN BUKAERAKO FASEAN 6 HILABETE BAINO GUTXIAGO IRAUNGO DUELA?**

Dementzia aurreratua eta terminala duten gaixoen biziraupena prozesu konplexua da, baina baliagarria da estrategia terapeutikoa eta ahalegin terapeutikoaren muga ezartzeko eta familiari informazio egokia emateko. Bizi-itxaropena zehazteko erabiltzen diren eskala gehienak minbizia duten gaixoezin erabiltzeko garatu dira.

Hortaz, dementzia duten gaixoen biziraupena aurreikusteko balidatutako eskala errazik ezean, 6 hilabetetik beherako bizi-itxaropena aurreikus dezaketean aldagai batzuk erabil daitezke, hala nola honako hauek: GDS-FAST 7c-7d mailako narriadura kognitibo larria, Katzen indizean D puntuazioa edo okerragoa duen ezgaitasun larria, nutrizio-egoera eskasa >% 10eko pisu-galerarekin azken 6 hilabeteetan eta <2,5 mg/dl-ko albumina serikoarekin, infekzio errepikariak eta etzanera-ultzerak.

Hona hemen bizitza-pronostiko okerra iragartzen duten beste datu batzuk: mugimenduaren nahasmenduak, apatia, haluzinazioak, gizonezkoa izatea, 85 urtetik gora izatea eta diabetesaren eta gaixotasun kardiobaskularren aurrekariak.

Fase horretako heriotza-eragile nagusiak pneumonia, bestelako infekzio-prozesuak eta desnutrizioa dira.

Dementzia terminala duten gaixoak patologia-talde jakin batean sartuta daude; horretan, gaixoezin ez dute esku-hartze desegokirik jaso behar, baina neurri aringarriak jaso behar dituzte konforta handitzeko, sufrimendua arintzeko eta bizitza beharrik gabe ez luzatzeko.

Behaketa bidezko ikerketa, 2++

**EBIDENTZIAREN LABURPENA**

Dementzia terminala duen gaixo batek 6 hilabete baino gutxiago iraungo duela ongien adierazten duten aldagaiak honako hauek dira: Katzen indizean D puntuazioa edo okerragoa, GDS-FAST 7c-7d maila, nutrizio-egoera eskasa (>% 10eko pisu-galera azken 6 hilabeteetan eta <2,5 mg/dl-ko albumina serikoa), infekzio errepikariak eta etzanera-ultzerak.

Hona hemen dementzia aurreratuan bizitza-pronostiko okerra iragartzen duten beste datu batzuk: mugimenduaren nahasmenduak, apatia, haluzinazioak, gizonezkoa izatea, 85 urtetik gora izatea eta diabetesaren eta gaixotasun kardiobaskularren aurrekariak.

Dementzia terminalean heriotzaren eragile nagusiak pneumonia beste infekzio-prozesu batzuk eta desnutrizioa dira.

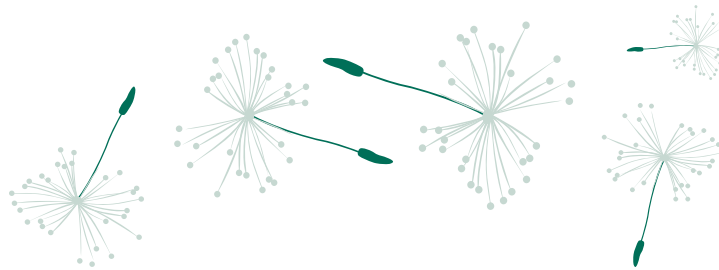
2++

**GOMENDIOAK**

Dementzia aurreratua duen pertsona batek 6 hilabetetik beherako bizi-itxaropena duela diagnostikatzeko, parametro prediktiboak identifikatu behar dira, besteak beste: narriadura kognitiboaren maila, ezintasun funtzionalaren maila, desnutrizioaren agerpena eta konplikazio sistematikoaren eta komorbilitatearen agerpena.

B





## ADINEKOENTZAKO OSOKO ARRETA BIZITZAREN BUKAERAN. GOMENDIO ETIKOEN GIDA

### GLOSARIOA

**HILZORIA.** Bizitza pixkanaka iraungitzen den ordu edo egun gutxiko aldia. Aldi horretan seinale fisiko ezagunak eta sufrimendua izaten dira, heriotza gertu da-goelako.

**JARDUNBIDE EGOKIA.** Onartutako ezagutza zientifikoaren eta praktikoaren araberako jokabide profesionala. Gaixoak edo horren ordezkariak adierazitako borondatearekiko errespetua eta berak erabakitako jardueraren mugak onartzea hartu behar ditu barne.

**ZAINKETA ARINGARRIAK.** Bizitza arriskuan jartzen duten gaixotasunekin lotutako arazoei aurre egin behar dieten gaixo eta familien bizi-kalitatea hobetzeko ikuspegia. Horren helburua sufrimendua aurreikusi eta arintzea da, mina eta bestelako arazo fisiko, psikologiko eta espiritualak garaiz antzemanaz eta zuzen eba-luatuz eta tratatuz.

**GAIXOTASUN AUERRERATUA-TERMINALA (EGOERA).** Gaixoa fase aurreratuan edo terminalean dagoela esateko proposatutako irizpideak honako hauek dira:

- Gaixotasun sendaezina, aurreratua eta progresiboa.
- Bizitza-pronostiko mugatua.
- Tratamendu espezifikoei erantzuteko aukera gutxi.
- Bilakaera gorabeheratsua eta premia-krisialdi ugari.
- Inpaktu emozional eta familiar bizi-bizia.
- Egitura zaintzailearen gaineko eragina.
- Baliabide-eskaera eta -erabilera handia.

**ZAINKETA ARINGARRIETAKO TALDEA.** Haren jarduera nagusia zainketa aringarriak dira. Asistentzia-behar konplexuak eta intentsiboak dituzten gaixoei eman ohi diete arreta. Beraz, prestakuntza maila handiagoa eta pertsonal eta baliabide gehiago behar dituzte. Medikuz eta erizainez osatuta daude, baina psikologoak, gizarte-langileak eta beste profesional batzuk ere izaten dituzte laguntzaile. Osasunaren alorreko erreferentziako lurralde-egituren premiek eta ezaugarri demografiko eta geografikoen baldintzatzen dute taldeen osaera. Zainketez gain, irakasteko eta ikertzeko zereginak ere betetzen dituzte gutxi-asko.

**ETXEKO LAGUNTZA-TALDEA.** Gaixoaren etxean jardun ohi duen zainketa aringarrietako taldea, profesional arduradunek bideratuta. Aholkularitza-lanak edo esku-hartze zuzena egin dezake.

**OSPITALEKO LAGUNTZA-TALDEA.** Ospitalean jardun ohi duen zainketa aringarrietako taldea, profesional arduradunek bideratuta. Aholkularitza-lanak edo esku-hartze zuzena egin dezake.



**ESPIRITUALTASUNA.** Gizakiaren itxaropen sakon eta intimoa, bizitzaren eta errealitatearen ikuspegi baten irrika, izatea integratu, konektatu, gainditu eta hari zentzua ematen diona.

**PATERNALISMOA.** Antzina-antzinako harreman kliniko mota bat da, mende askotan zehar eta duela gutxi arte nahikoa onartua egon dena. Horren arabera, gaixoak, gaixo izate hutsagatik, ez du iritzia emateko eta erabakiak hartzeko gaitasunik. Harreman mota horretan, agintari profesionalak gaixoaren onurarako jardun zezakeen haren iritzia aintzat hartu gabe, baita gezurra, iruzurra edo indarra lasai asko erabilia ere. Autonomia pertsonalerako eskubideak alboratu egin du jardunbide hori. Dena dela, eredu-aldaketa onartzen ari bada ere, inposaketa paternalistaren indarra sarri azaleratzen da, batez ere gaixoa larri dagoenean.

**ZAINKETA-PLAN AURRERATUA.** Erabakiak alde aurretik hartzeko plangintza, arreta-eredu deliberatiboari jarraitzen diona. Kontuan hartzen ditu gaixoarekiko errespetua –batez ere haren lehentasunak eta mugak–, ingurunea eta osoko arretako zainketa aringarrien funtsa.

**AUTONOMIA-PRINTZIPIOA.** Zenbait ikuskeraren artean, nola bizi nahi dugun askatasunez aukeratzeko gaitasuna da autonomia.

Autonomiaren erabilerak zentzu jatorra ematen dio gure bizitzari eta gure bukaera nolakoa izatea nahi dugun aintzat hartzen du. Beraz, gure bizitzaren bukaerari buruz erabakitzeko edo horren inguruko erabakiak hartzeko aukera ukatzen zaigunean, autonomia kendu egiten zaigu.

**ERREFERENTZIAKO PROFESIONALA.** Profesional horren ardurapean daude zeregina hauek: gaixoari eta/edo ordezkariari haren egoerari buruzko informazioa ematea, harekin erabakiak hartzen dituen solaskidea izatea eta gaixoari emango zaion arreta eta esku-hartzea koordinatzea, haren lehentasunekin batera osoko arreta-plan batean integratzeko. Gizarte-zerbitzuen alorrean, "kasuaren gestorea" deitzen zaio.

**ORDEZKARIA.** Pertsona orok ordezkari bat izateko eskubidea du, gaitasunik ez duenean edo eskuordetu nahi duenean erabakiak hartzeko. Seniderik hurbilena izan ohi bada ere, gaixoak izendatu nahi duen beste edonor izan daiteke. Aurretiazko borondateen agiria hori egiteko aukera ona da.

**TUTORETZA.** Adinekoen ari garela, lege ezgai izendatutako pertsona ordezkatzeko norbait izendatzea da tutoretza. Ezgaitze-epaiaren arabera adinekoak bere kabuz bete ezin dituen ekintza guztietan gauzatuko da tutoretza, bai bere eremu pertsonaleko ekintzetan bai bere ondasunak administratzeko ekintzetan.

Legeak tutorea izendatzeko lehentasun-hurrenkera bat ezartzen du: lehendabizi, tutoretzapeko pertsonak izendatutakoa, hala egin badu; ondoren ezkontidea, aurreko ahaideak, ondorengo ahaideak eta anaia-arrebak. Hala ere, epaileak du azken hitza eta, ezgaitutako pertsonaren interesak babesteko egoki irizten badio, aipatutako pertsona guztiak alde batera utzi eta ahaideen zerrendan ageri ez den beste pertsona edo erakunde bat izenda dezake.

**AURRETIAZKO BORONDATEAK.** Pertsona batek alde aurretik adierazitako nahiak, lehentasunak edo erabakiak, zuzenean adierazterik izango ez lukeen ezgaitasun-egoera bat etor litekeela aurreikusten duenean. Minberatasun handiagoko egoera batean, norberaren balioak errespetatzeko eskubidea erabiltzen jarraitzeko bide bat da. Agiri baten bidez egin daiteke, Euskal Autonomia Erkidegoko osasunaren arloko aurretiazko borondateei buruzko 2002ko abenduaren 12ko 7/2002 Legeak jasotzen duenez.



**ADINEKOENTZAKO  
OSOKO ARRETA**  
BIZITZAREN BUKAERAN.  
**GOMENDIO ETIKOEN GIDA**



## BIBLIOGRAFIA

- Arranz P, Barbero J., Barreta P. eta Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Ariel 2003
- Baker R et al. *Family satisfaction with end-of-life care in seriously ill hospitalized adults*. Journal of the American Geriatrics Society, 2000, 48 (5, Suppl.):61–69.
- Barbero J. *Sufrimiento y responsabilidad moral*. Hemen: Bayés R, editor. Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Bartzelona: Medicina y Humanidades Médicas Fundazioa; 2003; 151-70. or.
- Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. *Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa*. Med Pal. 1996;3 :114- 21.
- Bayés R. *¿Debe implicarse el médico en las necesidades espirituales del enfermo en el proceso de morir?* Jano 25-31, 2005eko martxoa. LXVIII. liburukia; 1.557. zk.
- Bayés R, Barreto P, Comas MD, Limonero JT. *Multicentric research on assessment of symptoms and worries perceived by terminally ill patients*. Hemen: De Conno F, argitaratzailea. Proceedings of the IV Congress of the European Association of Palliative Care. European Association of Palliative Care; 1997. 579-82. or.
- Bayés R, Limonero JT. *Prioridad en el tratamiento de los síntomas que padecen los enfermos oncológicos en situación terminal*. Med Paliativa 1999; 6:19-21.
- Benito, E; Barbero, J; Payás,A. (zuzendariak). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. SECPAL
- Borrell F. *Espiritualidad y medicina: conceptos básicos*. JANO. 2004;67: 1762-3.
- Casado D.; López i Casasnovas, G. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. "La Caixa" Fundazioa; 2001
- Gómez-Batiste X, De la Mata I, Fernández M, Ferrer JM, García E, Novellas A, et al. *Guía de criterios de calidad en cuidados paliativos*. Osasun eta Kontsumo Ministerioa; 2002.
- Callahan D. *Death and the research imperative*. N Engl J Med 2000; 342: 654- 656.
- Cassell EJ. *Diagnosing suffering: a perspective*. Annals of Internal Medicine. 1999;131:531-4.
- Chapman CR, Gavrin J. *Suffering and its relationship to pain*. J Palliat Care. 1993;9:5-13.





Kataluniako Bioetika Batzordea. *Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida*. Víctor Grífols i Lucas Fundazioa, 2010.

Cohen SR et al. *Validity of the McGill quality of life questionnaire in the palliative care setting: a multi-center Canadian study demonstrating the importance of the existential domain*. Palliative Medicine, 1997, 11:3–20.

270/2003 Dekretua, azaroaren 4koa, Aurretiatzko Borondateen Euskal Erregistroa sortu eta arautzekoa, (2003ko azaroaren 20ko EHAA).

Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila. *Euskal Autonomia Erkidegoko 60 urtetik gorakoen bizi-baldintzei buruzko azterlana*. Gizartea Hobetuz, 74. zk. 2011

Drane J. (1985) *Las múltiples caras de la competencia*. Hemen: Bioética para Clínicos. Argitaratzailea: A. Couceiro. 1999. Ed. Triacastela. 163–75. or.

Gafo, J. *Muerte: la cultura actual*, Verbo Divino, 1996.

SemFYCeko Zainketa Aringarrietako Lantaldea. *Guía de atención al paciente al final de la vida*. 2008.

The Hastings Center Report. (1996) *Los fines de la Medicina*. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Quadern nº 11, 2004.

Hockley J, Clark D, eds. *Palliative care for older people in care homes*. Buckingham, Open University Press, 2002.

Osasunaren arloko aurretiatzko borondateei buruzko 2002ko abenduaren 12ko 7/2002 Legea (2002ko abenduaren 30eko EHAA).

Luchins DJ, Hanrahan P. *Access to hospice programs in end-stage dementia: A national survey of hospice programs*. J Am Geriatr Soc 1995; 43: 56–59.

Lewin SA et al. *Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, 2003, 2 (<http://www.updatesoftware.com/abstracts/ab003267.htm>, accessed 23 July 2003).

Zientzia eta Berrikuntza Ministerioiko eta Kataluniako Generalitateko Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa. Osasun Departamentua. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*; 2011

Osasun eta Kontsumo Ministerioa. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Osasun eta Kontsumo Ministerioa; 2007.

Osasun eta Kontsumo Ministerioa eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. *Zainketa Aringarriei buruzko Praktika Klinikoko Gida*; Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzua, 2008.

Osakidetza. *Zainketa Aringarrietako Prestakuntza Beharrak*. Antäek 2010eko abenduan egindako ikerketa kualitatiboa (argitaratu gabe).

Rovira, J.C. *Demencia avanzada*. Espainiako Psikogeriatría Elkartearen XVIII. Bilera. Hitzaldiko oharra. 2011ko urriaren 6a. [http://sepg.es/congresos/2011/xviiiunion/Demencia\\_avanzada.pdf](http://sepg.es/congresos/2011/xviiiunion/Demencia_avanzada.pdf)

Ryan T. et al. *Barriers and facilitators to the receipt of palliative care for people with dementia: The views of medical and nursing staff*. Palliative Medicine 2011, 6(7) 879–886.

Sanz J, Gómez-Batiste X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM. *Cuidados paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Osasun eta Kontsumo Ministerioa; 1993.

Simón P. eta Barrio I. *¿Quién decidirá por mí?* Triacastela. 2004.

Saavedra G. *Necesidades del anciano frágil en cuidados paliativos*. Doktoregoko ikerlana. Valentziako Unibertsitatea; 2004.

Soler, M.C. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en la demencia avanzada*. *Medicina paliativa* 2000, 7. liburukia: 2. zk.; 70–75.

Wagner Grau, P. *SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR*. Peruko Medikuntza Akademia Nazionalako kide oso izendatzeko lana, 1999ko maiatzaren 13ko saioan.